UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 106

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Isaac KRIEF

Né à Oran le 1er Février 1897

LES

Péricolites droites chroniques

ET

les adhérences post-opératoires péri-iléocoliques

Président : M. J.-L. FAURE

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 27

PARIS 1928

LES

PÉRICOLITES DROITES CHRONIQUES

ET

LES ADHÉRENCES POST-OPÉRATOIRES PÉRI-ILÉOCOLIQUES

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Isaac KRIEF

Né à Oran le 1er Février 1897

LES

Péricolites droites chroniques

ET

les adhérences post-opératoires péri-iléocoliques

Président : M. J.-L. FAURE

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 27

PARIS 1928

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.	
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstetricale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ...	Clinique chirurgicale.
VILLARET.....	Clinique médicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
	FREY.....	Stomatologie.
	CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
	LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Ami

Le Docteur ADRIEN HARBURGER

Chef de clinique à la Faculté

Mort victime du devoir.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection profonde et de ma vive reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MES FRÈRES

MEIS et AMICIS

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de clinique gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage reconnaissant pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A mon Maître

Monsieur le Professeur Agrégé G. LARDENNOIS

Chirurgien de l'Hospice des Ménages

Qui m'inspira ce travail, témoignage de ma gratitude et de ma respectueuse affection.

A mes Maîtres de la Faculté d'Alger

A mes Maîtres de la Faculté de Lyon

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

EXTERNAT :

1921 M. le Professeur agrégé GRÉGOIRE.
1922 M. le Professeur ROGER, Doyen de la Faculté de Médecine.

INTERNAT PROVISOIRE :

1923 M. le Professeur agrégé PASTEUR VALLERY-RADOT.

INTERNAT :

1924 M. le Docteur SOULIGOUX.
1925 M. le Professeur agrégé A. SCHWARTZ.
1926 M. le Professeur agrégé GRÉGOIRE.
1927 M. le Professeur agrégé LARDENNOIS.

A mes autres Maîtres

M. le Docteur CHIRAY, Médecin des Hôpitaux, Professeur agrégé.
MM. les Docteurs J.-C. BLOCH, BRAINE, GERNEZ, MADIER, RAOUL MONOD, Chirurgiens des Hôpitaux.
M. le Docteur M. LEBLANC, Médecin des Hôpitaux (in memoriam).
MM. les Docteurs AZCULAY, GY, MAURER, RUPPE, SCHILL.

INTRODUCTION

Quand on considère la multiplicité des manifestations pathologiques de la fosse iliaque droite établie par d'importants travaux, et la fréquence de l'appendicectomie comme thérapeutique essentielle, quand par ailleurs on considère l'inconstance des résultats de cette intervention on est obligé d'admettre l'incertitude clinique et thérapeutique dans laquelle sont médecins et chirurgiens, à propos des syndromes pathologiques de cette région.

La difficulté du problème de la fosse iliaque droite tient à ce fait : quelle que soit la lésion causale, les malades se plaignent de la même façon : de douleurs, de troubles digestifs, de troubles généraux. Ces symptômes appartiennent aux affections mécaniques ou inflammatoires de la région, et ils peuvent être utilisés par les adeptes de toutes les conceptions sans commettre trop d'invraisemblance.

Depuis plus de cinquante ans, médecins et chirurgiens ont cru tenir tour à tour le secret de la pathologie de cette région, et tour à tour ils ont trouvé dans leurs conceptions, l'explication des états pathologiques et les arguments pour critiquer les conceptions antérieures, ou pour expliquer la raison des insuccès thérapeutiques.

Il semble naturel qu'au niveau du carrefour inférieur droit, ce ne peut être toujours le même organe qui trouble la région. Comme au niveau du carrefour supérieur où, l'estomac, le duodénum, les voies billiaires et les réactions périviscérales se partagent les faits pathologiques, au carrefour inférieur, tous les organes de la région peuvent être en cause. Le caecum d'abord puis surtout l'appendice ont résumé autrefois tous les faits ; mais aujourd'hui l'épiploon, l'iléon terminal, le côlon ascendant et les formations péri-iléotyphlocoliques ont amputé le territoire pathologique de l'appendice. Les

faits anatomiques, cliniques, et les résultats opératoires, montrent que les lésions de ces organes ont entre elles des rapports pathologiques certains et que partant il est difficile de séparer nettement ces territoires morbides.

Malgré le nombre considérable d'interventions pratiquées dans cette région, le problème n'a pas encore reçu une solution définitive. Quelquefois même, l'organe malade est qualifié avec réticence, on parle de « syndrome de la fosse iliaque droite », de « dextrites », « de syndromes du côlon proximal », de « périviscérites inférieures ». Cependant tous ces syndromes ont un élément constant : la douleur, c'est l'élément principal peut-être, celui qui souvent amène le malade à consulter, celui qui fait neuf fois sur dix poser le diagnostic d'appendicite chronique lequel entraîne souvent une sanction thérapeutique chirurgicale. Cette douleur est souvent « un signal symptôme » un signe d'alarme, d'un état qui jusque là toléré devient difficilement supportable.

Nous nous laisserions volontiers tenter, d'appeler ces états douloureux chroniques de la fosse iliaque droite : les **dextriliacalgies chroniques.** Ce terme a l'avantage d'être plus court, de ne pas laisser sopposer l'atteinte d'un organe plutôt qu'un autre, d'insister sur le fait que ces syndromes ne doivent pas être ramenés à une même et seule cause, et de montrer la complexité des faits au niveau de la fosse iliaque.

La dextriliacagie n'est pas un diagnostic, c'est une constatation qui pose un problème dont on doit supputer toute la difficulté.

Elle a été mise sur le compte d'une séric d'affections variant avec les époques, les chirurgiens et même les pays.

Dès 1900, elle passionne médecins et chirurgiens ; mais c'est surtout vers 1908 que certains travaux essaient de démembrer le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite et de créer des entités morbides.

En Allemagne, de 1908 à 1911, Haussman, Willms, Klose, Stierlin, Fischler, en voient l'explication dans le caecum lui-même, qu'il soit ptosé, mobile, atone, épaissi, tordu.

En Amérique, vers la même époque (1909), Mayo, Jackson, Connel, Crossen, publient les premiers travaux importants sur les formations péricoliques comme facteurs de dextriliacalgies.

En Angleterre, le nom de Lane résume la plupart des travaux.

Dès 1904, il invoque les ptoses viscérales devenant pathogènes par les coudures fixes qu'elles entraînent. Il décrit les formations péri-iléocoliques. Il dénomme l'affection stase intestinale chronique et détache le syndrome de la constipation droite. Waugh plus tard reprend l'étude des troubles du côlon droit mobile et en donne une description complète.

En France, Glénard, dès 1880, insiste le premier sur les *viscéroptoses*.

En 1905, Paul Delbet, décrit la *typhlite ptosique*.

En 1906, Dieulafoy, qui avait tant fait pour l'appendicite, met en garde médecins et chirurgiens contre la tendance à rapporter tous des phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, à l'appendicite.

Dès 1906, M. Walther, décrit l'*épiploïte chronique* comme complication des appendicités et isole ainsi une affection qui a ses caractères propres.

En 1910, M. Lardennois, donne une description complète des troubles dus à la *ptose du caecum*.

En 1914, M. Duval, à propos de syndromes de la fosse iliaque droite, admet comme pathogènes : le *caecum mobile*, les *typhlocolites* et les *péricolites*.

En 1919, M. Grégoire, décrit la *dilatation douloureuse du caecum* différents syndromes douloureux de la fosse iliaque droite.

En 1922, MM. de Martel et Antoine font une étude détaillée des différents syndromes douloureux de la fosse iliaque.

En 1926, et récemment au XXXVI[e] Congrès de Chirurgie, M. Lardennois a donné une description très complète des péricolites, il a établi leurs indications thérapeutiques et précisé leur technique opératoire.

C'est à l'étude des péricolites droites (1) chroniques que nous nous sommes attachés, grâce aux conseils et à l'impulsion de notre Maître, M. Lardennois, qui nous a initié à ce travail, qui nous a montré tant dans les cas d'hôpital, que dans ses cas privés leur grande fréquence, la manière de les reconnaître, de les traiter, de les suivre et de les guérir.

---

(1) Nous n'avons étudié que les péricolites droites les plus fréquentes et les plus complexes. Dans le texte, le terme « péricolite » suppose toujours péri-iléotyphlocolite.

C'est une question assez difficile à exposer, du fait de la diversité des termes employés, des étiologies invoquées, des symptomes observés, des traitements pratiqués, des résultats déclarés.

Nous nous proposons l'étude complète qui suit :

1° **Des péri-iléotyphlocolites en dehors de tout traumatisme ;**

2° **Des adhérences péri-iléotyphlocoliques post opératoires.**

ANATOMIE - PHYSIOLOGIE

Nous voudrions auparavant rappeler quelques données anatomiques et physiologiques du côlon proximal et du grand épiploon.

APERÇU ANATOMIQUE :

a) **Le grand épiploon** recouvre une partie du côlon proximal, on doit donc l'admettre au même titre que le péritoine péricolique dans les formations péricoliques.

La portion droite du grand épiploon, est plus petite, moins souple, mois mobile, que la portion gauche et il n'existe jamais à droite de cavité épiploïque. Le système veineux du côlon droit est en relation avec celui de la portion droite de l'épiploon, et contribue à la formation du tronc omento-gastro-pancréatico-duodéno-colique (Descomps).

Les lymphatiques de l'épiploon sont encore du domaine de l'hypothèse.

Le diverticule droit précolique de l'épiploon existe dans 38 % des cas (Leveuf).

b) **La terminaison de l'iléon** forme une coudure en V ouvert en haut, réductible et variable avec les positions du sujet. La partie inférieure du V est pelvienne.

c) **L'appendice** est souvent rétro-caecal quand le caecum est mobile et libre. Cette remarque nous a permis souvent, dans les cas de caecum mobile, de trouver très vite l'appendice.

d) **Le caecum** est la partie la plus volumineuse du tube digestif entre le pylore et le rectum. C'est l'analogue de l'estomac intermédiaire chez les mammifères inférieurs (A. G. Guillaume).

Les replis péritonéaux autour du caecum sont riches en lymphatiques et en ganglions, conditions favorables aux scléroses à la suite de poussées lymphangitiques.

e) **Le côlon ascendant** a une longueur de 10 à 30 centimètres ; il est dans une « loge » de 8 à 10 cm de hauteur dont le pôle supé-

rieur dépasse peu la crête iliaque, on conçoit que logé à l'étroit il ait tendance à se plisser sur lui-même.

Le dièdre colo-pariétal est franchement externe et légèrement postérieur. Toute incision antérieure ne donne pas un accès facile à la face externe du côlon.

f) **L'angle colique** droit est sur un plan plus profond que le caecum, caché par le foie, sa palpation en est malaisée et son abord chirurgical assez laborieux. On conçoit la difficulté à bien l'examiner et à bien le « traiter » par les incisions courantes de l'appendicectomie.

Les planches de la majorité des traités anatomiques, montrent l'angle colique droit, ouvert en dedans presque obtus, le côté « ascendant » vertical, le côté « transverse » oblique en haut et à gauche. L'examen de cet angle à l'amphithéâtre, au cours des interventions et surtout au cours des radioscopies, montre qu'en fait, il est aigu, ouvert en bas, avec un côté « ascendant » vertical, un côté « transverse » devant l'ascendant. Cette angulation est normale, mais elle doit être réductible par la pression sous l'écran radioscopique.

La « fixation » de l'angulation serait due pour Klose et Buy à une «lame fixatrice » acquise. M. Leveuf la retrouve chez le nouveau-né et la déclare congénitale.

Le rapport de l'angle sous hépatique avec le pôle inférieur du rein, explique que la ptose rénale peut troubler la statique du côlon.

L'iléon terminal, l'appendice et le côlon proximal, ont un caractère commun : leur richesse en tissu lymphoïde. La folliculite reste le caractère anatomo-pathologique dominant, des inflammations de ces différents segments (Descomps).

APERÇU PHYSIOLOGIQUE :

a) **Le Péritoine** (1). Les propriétés de défense du péritoine seraient dues à :

1° *Son pouvoir de résorption* par les lymphatiques et accessoi-

(1) Nous empruntons ce chapitre au rapport de MM. Cadenat et Patel sur « Le drainage en chirurgie abdominale » présenté devant le XXXVIe Congrès français de chirurgie.

rement la voie sanguine Résorption par : osmose, filtration, et même digestion qui peut-être diminuée ou supprimée par l'inflammation péritonéale.

2° *Son pouvoir exsudatif* exagéré par l'irritation ou l'inflammation déterminant la production de fibrine « fixatrice » et de mucine « protectrice ».

3° *La formation rapide d'adhérences* (1). Conséquence du pouvoir exsudatif, favorisée par une réaction inflammatoire péritonéale, défavorisée par une sécrétion visqueuse ou liquide, antérieure.

Ces propriétés de défense du péritoine peuvent être augmentées par :

1° Lavage du péritoine longtemps vanté, il semble complètement inutile et même nuisible.

2° Ethérisation du péritoine à petite doses.

3° Insuflation d'oxygène (Weiss, Sencert, Lenormant).

4° Injection d'huile qui agirait en diminuant l'absorption du péritoine (Glimm).

5° Vaccino et sérothérapie (encore à l'étude).

6° Drainage intestinal (comme adjuvant).

7° Glace sur l'abdomen. La proctolyse de Murphy.

b) **L'Epiploon.** — Il présente une vitalité considérable au point que des segments isolés peuvent vivre indépendamment ce qui a permis l'utilisation de greffes épiploïques libres.

Il peut s'accroître prodigieusement et surtout est doué d'un pouvoir de régénération (Arnaud, Periot, Rouxlacroix), qui doit permettre d'être large dans les épiploectomies.

Il se mobilise facilement et c'est ce qui explique qu'on lui trouve des situations parfois « invraisemblables ». Peut-être est-ce à cette qualité qu'il doit de courir au secours des organes malades ?

Il adhère facilement et rapidement expliquant qu'il n'existe pas d'adhérences péritonéales sans adhérences épiploïques.

Enfin l'épiploon a un rôle complexe, tout tendu vers la défense de l'organisme dans la cavité péritonéale, il *agglutine* (Richardson),

(1) Les adhérences s'élaborent rapidement et deviennent solides en quelques heures. (Wagner).

(2) Nous nous sommes inspirés du rapport de M. Silhol au XXXVI[e] Congrès de Chirurgie sur les Epiploïtes Chroniques.

absorbe (Ricoux-Rouxlacroix), *ramasse* (Heger), *entoure*, *pénètre* (Jalaguier, Mauclaire), *résorbe* (Roger), *protège* (Rist), *défend* (Roger, Maisonnet). Toutes ses qualités il les met au service des viscères malades ou blessés, comme on a pu le constater expérimentalement, et comme on peut le voir au cours des interventions chirurgicales.

C'est dans ce rôle de défense que parfois il devient insuffisant et que se constitue l'épiploïte aigue adhérente ; l'épiploïte chronique supposant une action plus lente et plus lointaine.

c) **L'iléon terminal.** — Le transit à ce niveau, est un transit de bouillies liquides qui franchissent aisément les petits obstacles. La stase iléale suppose donc dans certains cas, un obstacle organique complété par un spasme.

Le transit se fait par mouvements péristaltiques. De temps en temps apparait un mouvement de « segmentation » (Cannon, Hertz) qui permettrait le mélange du contenu alimentaire avec les sucs digestifs afin de les mettre en contact avec toute l'étendue de la muqueuse.

d) **Appendice.** — Certains lui attribuent un rôle de défense, « amygdale justa-caecale » (Sutton).

L'appendice aurait une sécrétion externe (H. Roger, Josué, Hartman, Binet, Macewen) qui avec ses mouvements péristaltiques (Roger, Whitelock) favoriseraient l'élimination des microbes (Norvinkin).

e) Le **côlon proximal** et particulièrement le caecum fût injustement qualifié : « l'organe inutile de l'espèce humaine » (Metchnikoff), « organe d'évacuation » (Gley), « fosse d'aisance » (Lane).

C'est le premier segment intestinal, où se fait une stase normale physiologique d'environ 4 à 6 heures (1) qui trouve sa raison d'être dans les transformations que doit subir le chyme. Cette transformation apparait évidente, quand on compare la bouillie qui sort d'un anus iliaque droit, à la consistance des matières qui sortent d'un anus iliaque gauche.

Pendant cette stase « la digestion se refait (Mummery), le chyme est transformé (Delbet), l'eau est absorbée — environ 400 grammes — Macfayden), un « gaspillage alimentaire est évité » (Carnot et Boudouy), ce qui reste de l'amidon et la cellulose (Allbu) sont résorbés.

(1) La traversée du grêle qui dure une à deux heures est rapide quand on songe à sa longueur.

Tout ce travail est lié à une flore microbienne spéciale, à des levures abondantes, et il est accéléré par les mouvements de brassage du caecum.

Quand, pour des raisons variables des fermentations commencent à se faire, l'amidon est transformé en gaz et acide butyrique, les substances aromatiques (phénol, indol, tyrosine) se décomposent en produits toxiques, et on conçoit que leur assimilation puisse entraîner une foule de symptomes d'ordre général.

Le chyme, ou un repas bismuthé, arrive au caecum vers la quatrième heure qui suit l'ingestion — aucun obstacle n'étant supposé sur le parcours gastro-iléal — entre la septième et la neuvième heure il atteint l'angle hépatique, l'angle splénique vers la dixième heure, le sigmoïde vers la douzième heure (Hertz). Vers la dixième heure, le caecum et une partie du côlon ascendant apparaissent vides.

Cette progression du chyme, du caecum, dans la transverse, est due à une série de mouvements très difficiles à saisir sous l'écran radioscopiques. Ce sont :

1. *Mouvements péristaltiques.* — Admis par Jordan et Hertz, les uns ordinaires, lents et périodiques, les autres « en masse » se déplaceraient par colonnes d'une largeur égale au tiers du côlon. Ces déplacements sont très difficiles à saisir car ils ne durent que trois ou quatre secondes. Il suffirait de trois ou quatre mouvements par jour — à 8 heures d'intervalles — pour faire progresser le chyme. Ces faits ont été constatés par Holzknecht qui les a décrit le premier et par Schwarz, Barclay, Stierlin, Rieder.

2. *Mouvements anti-péristaltiques.* — Admis par Gley, Klose, Lebon, Aubourg, ils seraient prédominants (Case). Les ondes partiraient du côlon tranverse — anneau de constriction constaté par Cannon et contrôlé sur le ventre ouvert d'un chat — et se dirigeraient en arrière vers le caecum (1). Ces mouvements, jouent peut-être un rôle dans la stase droite, laquelle pourrait être due à un antipéristaltisme exagéré.

3. *Mouvements pendulaires* de Rieder, précurseurs de mouvements en « masse », pendant lesquels un segment intestinal de quel-

(1) Des vers hôtes habituels du rectum ont été vus sortant par un anus iliaque. Au cours d'iléo-sigmoïdostomie avec section iléales on retrouve des matières dans le côlon descendant et transverse.

ques centimètres se balance alternativement de droite à gauche en activant le brassage (Klose).

4. *Mouvements de segmentations.* — Comme au niveau du grêle, vus par Lester, ils sont niés par Hertz.

Nous voudrions insister sur une remarque concernant la physiologie du caecum : au cours des interventions pour appendicite, on peut voir parfois avec quelle difficulté on « rentre » un caecum extériorisé, rétréci au niveau de l'incision opératoire et dilaté par des gaz. Ceci peut être une preuve de la difficulté que peut avoir un caecum, à chasser même les gaz, à travers un côlon rétréci par un obstacle extrinsèque.

ETIOLOGIE

C'est un chapitre voisin de la pathogénie que nous détaillerons peu, pour éviter des répétitions.

Nous n'envisagerons que les péri-iléocolites chroniques en dehors de toutes notions traumatiques.

a) PERICOLITES DE CAUSES GENERALES.

On a insisté sur la tuberculose et la syphilis du péritoine, comme facteurs de péricolites en dehors de toutes lésions viscérales. Les chirurgiens l'admettent moins facilement que les médecins. Dans les observations publiées sur les péricolites, on trouve un nombre très restreint d'observations qui pourraient relever de ces causes, encore est-il possible de les discuter.

Toutes les infections péritonéales aigues peuvent laisser derrière elles, après refroidissement, des formations péricoliques... « *Pour qui a vu une cavité abdominale en état de réaction inflammatoire... l'étonnant n'est pas qu'il puisse en résulter des adhérences, mais plutôt que celles-ci ne subsistent pas plus souvent* »... (Lardennois).

b) FORMATIONS PÉRICOLIQUES CONGÉNITALES.

Les travaux que nous citons plus loin obligent d'admettre que certaines formations péri-iléocoliques ont une origine indiscutablement congénitale. Pour la clarté du texte nous leur réservons le nom de *membranes péricoliques*.

c) FORMATIONS PÉRICOLIQUES ACQUISES.

1° Certains auteurs admettent que les ptoses viscérales généralisées, ou localisées au rein droit peuvent entraîner la formation de ligaments pariéto-iléocoliques .

2° Pratiquement ces formations relèvent d'une cause inflammatoire, et nous leur réservons le terme de *péricolites* qui traduit bien

étymologiquement, une réaction d'ordre irritatif ou inflammatoire.

Ces causes sont surtout :

1° L'appendicite aigue et chronique ;

2° Les typhlocolites isolées ou associées à d'autres lésions ;

3° Les épiploïtes chroniques de Walther.

Ces trois causes groupent la majorité des faits. Cependant des observations prouvent l'étiologie

a) vésiculaire (relativement fréquente) ;
b) gynécologique (Patel, Burlaton, Pouliot ;
c) gastro-duodénale.

Les formations péricoliques peuvent se rencontrer à tous les âges. Cliniquement elles se révèlent surtout entre 25 et 40 ans. Cependant nous avons dans nos observations des cas de membranes de Jackson pathogènes à partir de 13 ans (Obs. XXXXIV) et souvent vers l'âge de 15 à 16 ans. L'observation LXIII montre la présence d'une bride iléale à 7 ans.

Les formations péricoliques sont beaucoup plus fréquentes dans le sexe féminin (28 de nos observations sur 36). Les formations péri-iléales se rencontrent presque autant dans les deux sexes, cependant un peu plus fréquemment dans le sexe féminin (27 cas sur 49 de nos observations).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant toute interprétation des faits, nous décrirons les formations péri-iléocoliques (1) telles qu'elles furent décrites par les différents auteurs, au cours d'interventions chirurgicales ou de dissections, et nous ne reporterons que les faits strictement anatomiques.

Dans un chapitre suivant, nous verrons les différentes théories auxquelles elles ont donné lieu.

Le plan à suivre pour cette description, peut être très variable, étant donné la complexité de ces formations. Nous nous efforcerons surtout, de détailler les faits de péri-iléocolites (2) d'aspect indiscutablement inflammatoire, tels que notre Maître, M. Lardennois, les a précisés dans son rapport au XXXVI[e] Congrès Français de Chirurgie.

Nous décrirons :

1° Les *formations membraneuses péri-typhlocoliques*, dont la membrane de Jackson reste le substractum anatomique, et à laquelle différents auteurs ont ajouté d'autres aspects et d'autres sièges.

2° Les *formations péri-typhlocolitiques comprenant :* une partie des épiploïtes chroniques de Walther et les plissements séreux membraniformes de Lardennois.

3° Les *brides de l'iléon terminal du type Lane.*

4° La *péri-iléite terminale* comprenant : le « repli sous et prétermino-iléal » et les déviations sténosantes de l'angle iléo-caecal (Lardennois).

Il est bien entendu que ce chapitre ne comprend que les faits de péricolites « spontanées », par opposition aux péri-iléotyphlocolites post-opératoires dont l'étude fera l'objet d'un chapitre spécial.

---

(1) Nous insistons sur la terminaison « ique » qui a l'avantage de ne pas dépendre d'une étiologie précise.

(2) La terminaison « ite » devrait être réservée seulement aux formations d'origine nettement inflammatoire.

I. — MEMBRANES PÉRICOLIQUES DU TYPE « JACKSON »

A. — **Description initiale.** — Entrevue par Jackson dès 1902, présentée en 1908 devant la « Western Surgical Society », elle fut décrite comme suit par l'anatomo-pathologiste Frank J. Hall, au cours d'une autopsie sur un malade mort d'une autre affection. C'est à Jackson que revient le mérite d'une première description complète, et celui d'avoir suscité une foule de travaux qui ont aidé à mettre un peu d'ordre dans les formations autour du côlon proximal.

« *D'un point situé à la coudure sous-hépatique jusqu'à une distance de 7 à 8 centimètres au-dessus du caecum, s'étend le péritoine pariétal qui passe par-dessus le bord latéral externe du côlon pour s'étendre jusqu'à la bande longitudinale antéro-interne ; ce voile est mince, vasculaire, les vaisseaux sanguins qu'il contient étant longs, droits et non anastomosés.*

« *Beaucoup d'entre ces vaisseaux sont parallèles, décrivent un trajet quelque peu spiralé sur le côlon, ils vont depuis l'insertion péritonéale jusqu'au caecum pour se terminer en ce point. L'appendice n'est pas englobé.*

« *Cheminant avec les vaisseaux, sont des bandes étroites, d'aspect brillant, formées de tissu conjonctif et qui allant en s'élargissant graduellement se terminent en s'insérant à la manière des tiges d'un éventail sur la surface antéro-externe du côlon. En ces points, l'intestin est retenu par une plicature rigide.*

« *L'examen de la pièce évoque l'idée d'une arachnoïde œdémateuse telle celle que l'on observe, après l'ablation de la dure-mère, sur le cerveau d'un alcoolique, car, sous la délicate membrane que constitue le voile, on croit à la présence d'œdème.*

« *Le côlon semble être contenu dans un sac diaphane qui semble trop exigu pour contenir l'intestin sans le plisser.*

« *A l'angle sous-hépatique, la membrane serrée coude le côlon contenu.*

« *En certains points on voit, sous le voile membraneux des amas* membrane :

Plus récemment Jackson est revenu sur la description de cette « *En faisant mouvoir la pièce, on voit que le côlon glisse à l'intérieur du sac comme le ferait un fœtus dans un sac amniotique* ». *de graisse.*

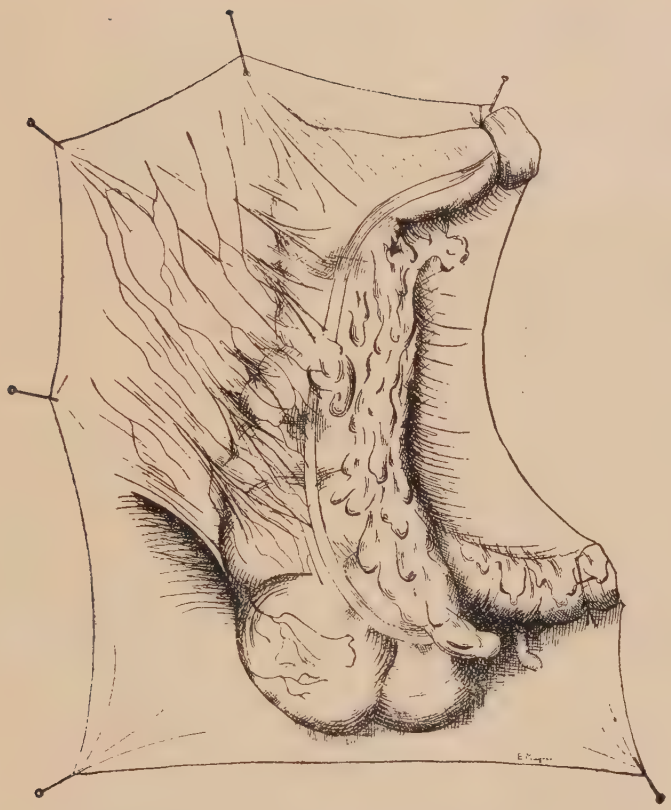

Fig. 1. — Péricolite membraneuse.
(In thèse Leveuf. Pièce d'autopsie dessinée par H. Frantz).

« *Tantôt la membrane vient du péritoine pariétal, immédiatement au-dessus du caecum, et se dirige directement vers le haut pour se perdre sous le foie en se confondant avec la couche superficielle du méso-côlon transverse, tantôt elle semble fixée à la face antérieure du foie, en avant de la réflexion normale du péritoine qui, dans un cas, était attiré par la membrane* ».

Depuis cette description, la plupart des faits de péricolites, sont relevés dans les compte-rendus opératoires comme « membrane de Jackson ». Cette uniformité d'appellation a été une des causes les plus importantes, d'imprécision dans l'étude des péricolites, de difficultés dans l'établissement de statistiques exactes, et c'est à notre sens un des obstacles les plus sérieux dans un essai de groupement

et de description des faits de péricolites. Par ailleurs, elle aide à créer une confusion qui peut paralyser au moment de l'acte opératoire. Cette uniformité d'appellation a trouvé un écho chez Pringle qui écrivait en 1914 : « on peut appliquer le terme de membrane de Jackson à n'importe quelle formation anormale de la région caeco-colique » ; chez Long qui propose de les appeler les « coiffes pseudo péritonéales du côlon », chez Rezanoff qui leur donne le nom de « Ligament varioforme ».

La description anatomique donnée par Jackson a longtemps semblée définitive et la majorité des travaux ultérieurs se sont efforcés surtout d'en préciser l'origine.

B. **Autres descriptions.** — Il est juste de rappeler, que cette formation ou des formations s'y rapprochant avaient déjà été entrevues par Wirchow (1853) et par Ducatte (thèse 1899), signalées par Tripier et Paviot (1903), Jalaguier, Walther, Haris, Crossen et que certains Américains n'hésitent pas à l'appeler le ligament pariéto-colique de Jonnesco. Lane, en 1902 déjà, la signalait. Hofmeïster presque à la même époque que Jackson, donnait la description suivante : « *Le caecum et une partie du côlon sont recouverts d'une couche fine de tissus conjonctif sorte de voile hyperhémique qui se laisse soulever et plisser et qui sectionné laisse apparaître au-dessous, la séreuse. L'étendue de ces voiles est variable, ils peuvent former autour du caecum un véritable sac et se prolonger sur l'appendice et le mésentère* », et il insistait sur la coexistence de ganglions d'allure inflammatoire siégeant près de l'angle iléo-caecal. Depuis Jackson, de nombreux auteurs rapportent des cas analogues, et certains d'entre eux donnent des détails complémentaires sur l'anatomie de ces membranes.

Flint (1912), décrit 3 groupes de faits.

a) Des cas analogues à ceux décrits par Jackson, mais il insiste sur le fait, que le bord inférieur de la membrane ne s'arrête pas toujours au-dessus du caecum et que souvent l'appareil caeco-appendiculaire en est recouvert.

b) Des voiles qui naissent plus bas du péritoine pariétal latéro-caecal et qui vont en dedans recouvrir seulement le caecum et l'appendice.

c) Des voiles sur la face ventrale du côlon qui au lieu de s'arrê-

ter sur la bande longitudinale antérieure la dépassent et se continuent sur le grand épiploon.

Flint, ajoute les détails suivants : « *il s'agit de membranes délicates, plus minces que le péritoine pariétal, comprenant de nombreux vaisseaux qui ne s'anatomosent pas et qui naissant des vaisseaux du péritoine pariétal descendent parallèlement en bas et en avant pour se terminer sur la tunique musculaire de l'intestin. Le voile a des attaches latérales élastiques et il s'élargit en éventail pour se perdre insensiblement sur l'intestin* ».

Isaacs (1912). — distingue :

a) La péri-entérite membraneuse, péri-iléocaeco-appendiculaire (qu'il considère comme pathogène).

b) La péricolite membraneuse du côlon ascendant.

c) Il appelle aussi voiles péricoliques de larges voiles partant du foie ou de la vésicule et atteignant l'angle colique le gros intestin et le pylore.

Lenormant et Oberlin (1913) distinguent :

a) Une péricolite diffuse; les membranes voilant tout le côlon proximal, y compris l'iléon terminal et l'origine du côlon transverse.

b) Une péricolite localisée :

1. du type Jackson,
2. de l'angle hépatique,
3. du caecum.
4. de la terminaison de l'iléon, « bordure iléale de Lane ».

Cuneo, distingue deux portions à la membrane :

a) supérieure, où les vaisseaux verticaux semblent descendre de l'angle hépatique.

b) inférieure, ou les vaisseaux horizontaux croisent la face antérieure du côlon.

Çà et là des épaisissements qui n'adhèrent pas au péritoine viscéral lequel apparaît normal dès qu'on enlève le voile membraneux.

Rezanoff (1913), devant la multiplicité des types décrits, croit à l'impossibilité d'une classification pratique, et comprenant toutes les formations péri-iléocoliques, il leur donne le nom de « ligament varioforme ». C'est solutionner le problème d'une façon trop peu anatomique.

Eisendrath et Schnoor (1914) à propos d'un rapport sur le voile de Jackson signalent les faits suivants :

1. Membranes ayant l'aspect typique de la membrane de Jackson.

2. Membranes plus épaisses et plus vascularisées que les précédentes, mais recouvrant seulement le caecum et l'appendice.

3. Coexistence d'une membrane du type Jackson avec un ligament avasculaire de Trèves et quelquefois réunion de ces deux formations.

4. Membrane de Jackson transformée par une réaction inflammatoire et entraînant un accolement de deux portions du côlon ascendant en « canons de fusil ».

Fig. 2. — (D'après Eisendrath). Membrane de Jackson ayant déterminé un accolement en canons de fusil du côlon ascendant.

5. La membrane semble plus vascularisée dans le jeune âge. La vascularisation d'une façon générale varie beaucoup.

6. La ptose du cæcum n'entraîne aucune modification de la membrane

M. Leveuf (1915), attire l'attention sur la fréquence des membranes péricoliques (11 fois sur 33 autopsies).

Il décrit deux sièges les plus fréquents.

a) à la partie initiale du côlon ascendant,

b) à la flexure sous-hépatique.

Il insiste sur la continuité des membranes avec le grand épiploon.

Quarella (1916) distingue :

1. Des membranes hautes strictement coliques qui n'adhèrent qu'à la bandelette longitudinale antérieure.

2. Des membranes basses strictement cæcales qui recouvrent le bord interne du caecum et souvent l'appendice.

Ce sont là, les dispositions effectivement, les plus souvent rencontrées.

M. Dupuy de Frenelle (1927). Signale l'existence de voiles membraneux partant du feuillet postérieur du mésentère au voisinage de l'angle iléo-cæcal et entourant complètement le cæcum. Ces membranes sont vascularisées par des branches de l'artère iléo-cæcale qui s'épuisent ensuite dans la bandelette antérieure.

Toutes ces descriptions semblent ne viser que des membranes péricoliques, en réalité elles empiètent sur le domaine des épiploïtes et des réactions péritonéales inflammatoires de la fosse iliaque.

De ces travaux retenons surtout les caractères propres à la membrane de Jackson tels qu'ils furent décrits par Frank J. Hall, les autres travaux ayant insisté surtout, sur les différents sièges où on pouvait la rencontrer.

C) **Caractères de la membrane de Jackson.**

A notre sens on peut schématiquement décrire aux membranes péricoliques du type Jackson; deux faces et quatre bords.

a) Le bord externe (en réalité une face) s'insère sur la paroi latérale de l'hypocondre et de la fosse iliaque, suivant une ligne oblique en bas et légèrement en avant. Son point supérieur siège près du bord tranchant du lobe droit du foie, son point inférieur est variable le plus souvent à 4 ou 5 centimètres au-dessus du fond du cæcum. Dans certains cas ce bord est très réduit en hauteur et en épaisseur, et il peut être facilement accroché par un doigt.

b) Le bord interne classiquement se termine le long de la bandelette antérieure. Pratiquement, il la dépasse souvent, se perd sur les bosselures ou sur le bord interne du côlon et se continue quelquefois avec le grand épiploon (voy. fig. 8). Ce bord interne,

n'est en réalité que le bord interne de la lèvre antérieure de la membrane, laquelle arrivée à la face externe du côlon, s'ouvre en deux feuillets pour tapisser les parties non accolées du côlon et du cæcum. Dans l'ensemble ce bord interne descend plus bas que l'externe, son point inférieur atteignant et dépassant parfois l'angle iléo-cæcal. Il est aussi plus irrégulier, plus dentelé et ce sont souvent ces dentelures qui prennent contact avec l'épiploon.

c) Le bord supérieur est net, oblique en bas et en dedans.

d) Le bord inférieur lui ressemble, mais il est plus étendu et moins fixe dans sa terminaison.

Si classiquement, il est net au point de « barrer » le côlon à 5 ou 6 centimètres du caecum, pratiquement il peut descendre souvent plus bas, venant « mourir » sur le péritoine de la fosse iliaque après avoir contourné le cæcum ne permettant pas ainsi son isolement.

e) *La face antérieure* est visible surtout, quand on attire le côlon en dedans. Elle présente les caractères décrits par Hall. Depuis on a insisté sur sa disposition vasculaire, (Cunéo, Flint) sur la présence d'amas graisseux (Eisendrath) et surtout sur la présence de formations fibreuses qui sont la signature de réactions inflammatoires de la membrane (Obs. XII) au cours d'autres processus pathologiques.

f) *Sa face postérieure* formerait le couvercle d'une poche (Einsendrath) dont le fond serait constitué par le bord externe du côlon et la paroi postérieure latéro-colique de l'hypocondre. En réalité il n'existe de « poche » que dans les cas où les bords inférieurs et supérieurs sont nets et développés et c'est en passant un doigt derrière ces bords qu'on peut se rendre compte de leur existence.

Cette face postérieure comprend deux parties : une interne en avant du côlon, l'autre externe en avant du dièdre latéro-colique.

Sur une coupe transversale la membrane présente un bord externe assez large qui sert de « pied » à la membrane et dont les feuillets ne se continuent pas avec le péritoine pariétal ; un bord interne plus large, qui engaîne la partie du côlon proximal mobile, ou passe seulement en avant de celle qui est complètement fixée.

On a insisté récemment (Oltramarre, Martin, du Pan) sur le fait qu'après section de la membrane de Jackson, c'est la tranche viscé-

rale qui saigne le plus, ce qui tendrait à prouver que la vascularisation est empruntée au côlon.

L'examen histologique a montré que la membrane est formée d'une masse centrale de tissu conjonctif lâche sans infiltration de cellules lymphoïdes, que les cellules épithéliales sont intactes, que les vaisseaux sont normaux et qu'ils communiquent avec le réseau des viscères sous-jacents.

Seules les formations péricoliques présentant ces caractères, devraient être considérées comme membrane du type Jackson. Si les observations anatomiques avaient été serrées de près, le nombre de membranes dites de Jackson dans les statistiques serait vraisemblablement moins élevé. MM. De Martel et Antoine sur 124 syndromes douloureux de la fosse iliaque ne retrouvent que 4 membranes de Jackson et sur nos 109 observations de péri-iléocolites nous ne trouvons que 21 cas.

D. **Autres localisations.** — Parmi les variétés de péricolites membraneuses on a beaucoup insisté sur la péricolite de l'angle droit. Mais il s'agit de la distinguer des adhérences inflammatoires (le plus souvent épiploïtes) si souvent signalées à ce niveau. Notée par Tripier et Paviot au cours d'autopsies, Roux, Molisson et Cameron, insistent après Lane sur la « bande ancrante » qu'elle constitue. Leveuf la rattache au ligament hépato-colique, où à « la lame fixatrice du coude » de Buy tendu entre les deux branches de la flexure hépatique. (Sur 35 cas de péricolite, Leveuf trove 11 fois les formations limitées à l'angle, 15 fois, coïncidant avec une membrane péricolique du côlon ascendant).

Signalons la possibilité de voiles membraneux enveloppant uniquement l'appendice (Obs. XCIX).

Dans certains cas, le voile membraneux parti en dehors, du péritoine de l'hypocondre, passe au-dessous et au-devant du caecum pour aller se terminer en dedans, sur le bord inférieur de l'iléon terminal. Le cæcum semble reposer comme dans une « écharpe » et il est « barré » par le bord supérieur et libre du voile (Obs. XIX).

E. **Associations.** — Ces membranes péricoliques, ont été souvent trouvées associées à d'autres lésions sans qu'on puisse déduire une relation de cause à effet entre elles.

Lane insiste sur la coexistence d'appendicite chronique admise par Isaacs et Walther, non admise par Jackson, Crossen, Flint.

Leveuf rapporte 6 cas d'adhérences appendiculaires.

M. Guillaume remarque que « *l'association de l'épiploïte et de la péricolite est beaucoup plus fréquente que la constatation d'une péricolite sans lésions concommitantes d'épiploïtes.* Cependant ces cas visent les péricolites en général, et dans les observations de véritables membranes de Jackson, la constatation de lésions évidentes d'épiploïtes adhérentes est relativement rare.

Il faut signaler enfin, la coexistence de voiles membraneux siégeant sur les côlons descendant et sigmoïde analogues anatomiquement à ceux décrits par Jackson (Eisendrath, Eastman et Colle, Pauchet).

F. **Déformations viscérales.** — Les voiles membraneux peuvent déterminer sur le côlon proximal des déformations.

Au niveau des voiles, la lumière intestinale est réduite, soit par place quand la membrane encercle partiellement le côlon, soit en totalité quand elle l'enveloppe complètement. D'ailleurs le fait typique, d'extirpation d'un voile membraneux, suivi d'allongement et de dilatation du côlon, est une preuve suffisante de la modification intestinale.

Hofmeister, signale des brides peu résistantes qui « ficellent » le côlon, fait bien apparent lorsqu'on tire le côlon en bas.

Eisendrath, a rapporté un cas de « canons de fusil » réalisé par le côlon ascendant replié sur lui-même, (voy. fig. 2).

En amont de ces voiles le caecum est généralement dilaté, au début hypertrophié (Hofmeister, Lardennois) plus tard flasque et mince ; le plus souvent il est mobile, (Delbet, Cunéo) quelquefois fixé (Duval et Roux), souvent ptosé (Lardennois).

Parmi ces déformations, une des plus importantes, est celle qui résulte de la persistance de l'angulation du coude hépatique, réalisant l'accolement en « canons de fusil ». Leveuf dans sa thèse remarque : cette déformation est rare dans les formations membraneuses autour de l'angle hépatique. « *Il semble difficile d'admettre que la majeure partie des péricolites de l'angle puissent influer sur le calibre de l'intestin sous-jacent* » (Leveuf).

Dans l'ensemble, la membrane de Jackson d'aspect normal quel que soit son siège, ne détermine pas de modifications intestinales importantes. Baimbridge cite cependant une observation (Med. Re-

cord 1920) où une membrane pariéto-colique a entraîné la formation d'un diverticule du cæcum.

G. — **Modifications de la membrane.** — Cette membrane se modifie quelquefois profondément ; c'est ainsi qu'elle peut être le siège d'une réaction péritonéale latente ou subaigue, au même titre qu'un feuillet péritonéal quelconque, laquelle entraîne ultérieurement des épaississements scléreux. On conçoit aisément que de telles modifications entraînent plus facilement des déformations viscérales sous-jacentes. Dans certains cas, elle est à un tel point modifiée, qu'elle masque complètement le côlon ascendant sous des brides et des épaississements scléreux, et que la libération chirurgicale en devient impossible.

Il nous a été possible de saisir une modification des vaisseaux de ces membranes, qui nous semble traduire une réaction inflammatoire. Au lieu d'être rectilignes, les vaisseaux deviennent « spiralés », en « accordéon. » (Obs. X et XIII).

II. — LES FORMATIONS PERI-TYPHLOCOLITIQUES.

Les travaux parus après l'exposé de Jackson, visèrent la plupart à confirmer l'existence des voiles membraneux péricoliques et essayèrent surtout d'en expliquer l'origine congénitale. Cependant, Walther et ses élèves étudient l'épiploïte, trouvent plus d'une fois celle-ci associée à une péricolite, et ils dressent le tableau des péricolites, dont l'origine inflammatoire est indiscutable. Ils morcellent ainsi le domaine des voiles membraneux, au profit des péricolites inflammatoires, de telle sorte que si l'existence d'une membrane de Jackson parait évidente, une place de plus en plus grande est réservée à la péricolite adhésive, réaction d'une inflammation de voisinage.

Nous verrons même, qu'il y a des cas, où, l'origine d'une membrane du type Jackson semble provenir d'une péricolite adhésive. (Lardennois).

a) **Rappel anatomique des épiploïtes adhérentes.** — Les travaux de Walther sur les péricolites et les épiploïtes ont été bien exposés dans les thèses de ses élèves, Haller et Duroselle et récemment par M. Silhol, rapporteur au XXXVI[e] Congrès de Chirurgie, sur les épiploïtes chroniques.

De ces épiploïtes chroniques, nous ne retenons que celles qui présentent des adhérences avec le côlon, (1) et qui créent en somme une péricolite au même titre que n'importe quel feuillet péritonéal péricolique. Parmi les adhérences au gros intestin, rappelons les anneaux formés au niveau du côlon transverse, par accolements de l'épiploon et par adhérences de l'épiploon avec des franges épiploïques très longues. D'où, striction possible du côlon à laquelle il faut son-

Fig. 3. — Péricolite de l'angle droit. Adhérence épiploo-cæco-coliques. Adossement des deux branches de l'angle colique en double canon de fusil. (In Rapport Lardennois XXXVIe Congrès Français de Chirurgie).

ger, quand intervenant pour un syndrome de stase caecal on ne trouve pas la cause au niveau du côlon proximal.

1° A L'ANGLE COLIQUE CETTE ÉPIPLOITE RÉALISE LES TYPES SUIVANTS DE PÉRICOLITES :

(1) Environ 50 % pour Haller, 63 % pour Duroselle.

a) Adhérences de l'épiploon en « masse » qui vient s'appliquer sur l'angle droit.

b) Bride fixant la partie toute supérieure de l'angle avec la face inférieure du foie. (Ce que Tripier et Paviot ont décrit comme péritonite localisée à point de départ vésiculaire). C'est de cette bride qu'il faut rapprocher la bride prérénale de Walther.

c) Lame intercolique (Walther) (voy. fig. 3, 16 et 17) accolant les deux branches de l'angle en « canons de fusil », de telle sorte que « *l'angle est très exagéré, ou contourné en S, plaqué contre les plans postérieurs, tantôt enfin enséré dans une sorte de manchon épiploïque, englobé par une grosse masse d'épiploïte qui coiffe cette portion du gros intestin* » (Haller).

2° Au niveau du côlon proximal on peut voir :

a) Le bord droit de l'épiploon aller à l'assaut du côlon, soit par quelques brides, soit par une adhérence plus intime occupant tout ou partie du côlon proximal.

b) Parfois, ce sont des brides, qui parties du bord ou d'une des faces de l'épiploon, précroisent le côlon et vont s'insérer en dehors, sur le périoine pariétal de l'hypocondre ou de la fosse iliaque. « *Ces brides sont variables en épaisseur, en hauteur, en nombre, elles peuvent être tellement unie les unes aux autres qu'elles réalisent des formations uniformes pariétocoliques qui ne sont autres que la membrane de Jackson* » (1) (Haller).

Walther insiste sur la rareté de l'adhérence avec : l'appendice, les anses grèles, l'estomac, et c'est là un fait paradoxal quand on songe qu'il incrimine dans presque toutes ces épiploïtes : l'appendicite. Sur 1.453 cas d'appendicectomies, il relève 181 cas d'épiploïtes avec adhérences, parmi lesquels :

71 cas d'adhérences à l'angle colique droit,

14 cas de lames unissant les côlons ascendant et transverse en « canons de fusil »,

104 cas de « double voile péritonéal », de péricolite, de périty phlite, de péri-appendicite.

Cependant ce « double voile péritonéal » est ce que la plupart des auteurs appellent : membrane de Jackson. Un fait reste, c'est la

(1) Nous verrons cette conception de la membrane de Jackson.

coexistence fréquente entre un « double voile péritonéal » et une épiploïte.

De ces épiploïtes avec adhérences, il faut rapprocher ce que les auteurs décrivent en disant « *la péricolite n'est plus du type Jackson mais parsemée de brides, de plaques épaissies, blanchâtres nettement inflammatoires* ». En fait, il faut distinguer d'une part, la membrane péricolique de Jackson, susceptible d'inflammation secondaire comme n'importe quel feuillet du péritoine, qu'on pourrait alors appeler, comme on l'a proposé « Jacksonite », et d'autre part, tout le reste des formations péricoliques.

Duroselle (thèse 1919) étudiant les péricolites distingue :

a) La forme polypoïde. Le côlon proximal présente de petites franges graisseuses nettement pédiculisées, molasses, ou fibro-graisseuses de la grosseur d'un poids avec autour, une rougeur anormale, des placards dépolis et saignants.

b) La forme membraneuse. C'est la « membrane de Jackson » le « double voile de Walther ».

c) La forme adhésive.

Il s'agit de formations scléreuses qui accolent le côlon proximal aux organes voisins tels que la paroi ou l'épiploon.

Ces formations peuvent prendre la forme soit de taches laiteuses pâles entourées de stries rayonnantes, soit de brides rétractées nacrées ; soit de véritables ligaments.

b) **Autres descriptions.** — Ces adhérences systématisées par Walther, Haller et Duroselle, ont été reprises par Lefebvre qui admet que tous les types sont possibles au niveau du côlon proximal. Il distingue surtout : les brides isolées plus ou moins larges telles que les « ficelles péricoliques » de Quenu, et les brides étendues soit régulières en voiles telles que les membranes de Jackson, soit irrégulières en nappe « *néo-formations blanchâtres, cicatricielles, à vascularisation minime d'élasticité nulle d'insertion dure, parsemée de brides en lamelles plus ou moins ténues s'anastomosant sans règles, réunissant les organes entre eux et bridant le tube digestif* ».

Descomps insiste sur une lymphangite, premier stade d'une péricolite et signature de sa nature inflammatoire : « *Cette lymphangite se présente en nappes continues, dessinant sous la séreuse épaisse et dépolie, un réseau inflammatoire complet dont tous les cantons peuvent d'ailleurs ne pas se présenter au même stade évolutif, ce qui permet d'apercevoir sous la diversité des aspects, l'unité de cette évo-*

lution anatomique depuis l'infiltration intestinale aigüe jusqu'à la sclérose cicatricielle résiduelle. L'intestin est alors comme revêtu d'une membrane ainsi que les mésos adjacents. Au voisinage immédiat du tube intestinal, la surdistention peut déterminer au niveau et dans le sens des lignes de forces l'apparition d'épaississements de pseudo ligaments marginaux.

C'est là un normal aspect de ces dispositions anatomiques désignées sous le nom de péricolite ». C'est à la fois une description et une pathogénie.

M. Lardennois décrit en outre :

1° La sclérose péricolique limitée, en taches, en papules blanchâtres ou grisâtres étendues en longues traînées sur tout un segment colique, coexistant avec des adhérences et une sclérose épiploïque.

2° Les « plissements séreux membraniformes ». Nous reproduisons la description qu'il fit dans son rapport au XXXVI[e] Congrès de Chirurgie :

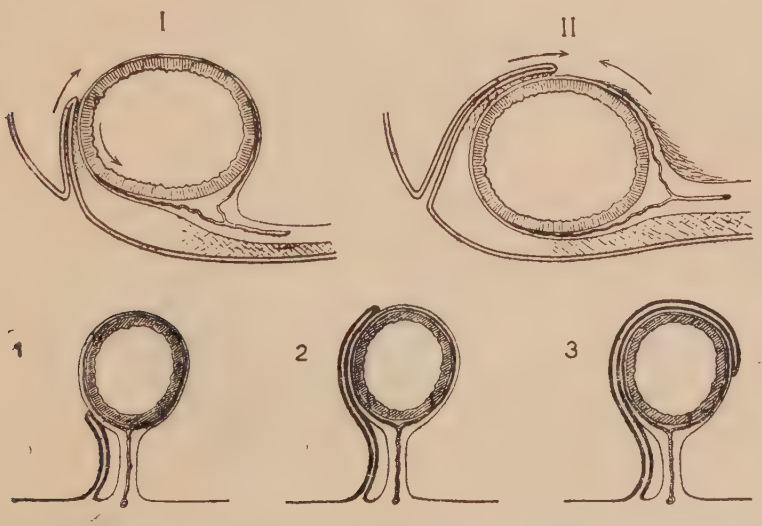

Fig. 4. — Formation et progrès des *plissements séreux membraniformes* en haut sur le cæcum, en bas sur le méso et le côlon pelvien. Le schéma montre comment le replis péritonéal vient recouvrir l'intestin, et comment, au niveau de son bord, on peut trouver un espace décollable entre l'intestin et lui. (In Rapport Lardennois XXXVI[e] Congrès Français de Chirurgie).

« *Il est une forme très particulière d'accolement séreux, ce sont* « *les adhérences pariéto-coliques ou pariéto-méso-coliques, par repli* « *du péritoine pariétal. Très fréquentes à gauche où elles se plaquent* « *sur la face inféro-externe du méso-côlon pelvien, elles se montrent*

« *aussi quelquefois à la face externe du caeco-côlon qu'elles tendent* « *à revêtir.*

« *Tant que l'on n'a pas bien compris leur disposition on risque* « *de ne pas les libérer correctement.*

« *Prenons le cas d'un plissement séreux latéro-caecal.*

« *Nous voyons, en dehors et à peu de distance du caecum, le pé-* « *ritoine pariétal se soulever en une lame de largeur variable qui,* « *ayant gravi le flanc droit de l'intestin, vient recouvrir celui-ci dans* « *une étendue plus ou moins considérable.*

« *Elle est constituée par deux feuillets Péritonéaux généralement* « *épaissis et plus ou moins sclérosés. Ils sont adossés sur toute leur* « *hauteur et se réfléchissent en se continuant l'un dans l'autre au* « *niveau d'un bord* ourlé *qu'indique toujours au chirurgien un* « *mince bourrelet blanchâtre. Ce rebord est fixé sur l'intestin, sui-*

Fig. 5. — On voit le repli séreux membraniforme qui a revêtu le caecum et dont le bord irrégulier vient presque au contact des replis venus du mésocôlon. Les deux plissements séreux forment au cæcum une gaine presque complète. Pour dégager l'intestin il faut détacher les fins tractus qui fixent le repli séreux. Le refoulement du repli séreux sera ensuite exécuté aisément et celui-ci disparaîtra en s'applatissant dans la continuité du péritoine pariétal. (In Rapport Lardennois XXXVIe Congrès Français de Chirurgie).

« *vant une ligne festonnée, par des minimes tractus fibreux avas-* « *culaires qui l'étirent, le plissent et le masquent plus ou moins.* « *Si l'on sectionne ces fins tractus de bordure, et qu'on soulève le* « *mince bourrelet d'adossement formant ressaut, on pénètre aisé-* « *ment dans l'espace décollable laissé par la coalescence.*

« *On peut alors refouler le repli péritonéal qui ne tient plus au* « *caecum que par quelques fibrilles jetées dans les mailles d'un tissu* « *celluleux lâche, comparable à celui que nous rencontrons habi-* « *tuellement dans les facias d'accolement.* Ce refoulement se fait « nettement sans saignement, sans écorchures de la sereuse. *Au fur* « *et à mesure qu'il est exécuté*, le pli péritonéal s'étale et s'affaisse « *pour disparaître à peu près complètement, montrant ainsi que seu-* « *le l'adhérence de son sommet à la paroi caecale ou au méso main-* « *tenait ses deux feuillets adossés.*

« *Ces replis péritonéaux pariéto-coliques ne contiennent que les* « *vaisseaux du tissu sous-séreux interposés entre leurs deux lames.* « *Ces vaisseaux peuvent s'hyperhémier du fait d'un état inflamma-* « *toire aigu ou subaigu.*

« *Au-dessous des replis membraneux étalés sur la face antérieure* « *de l'intestin courent les vaisseaux coliques, dessinant leurs cercles* « *un peu erratiques. Parfois visibles par transparence, ils soulèvent* « *le repli de leurs battements. Avec les franges graisseuses ils vien-* « *nent s'imprimer sous le feuillet profond du plissement séreux* « *membraniforme, mais on peut les en séparer sans les léser, comme* « *on sépare les vaisseaux spermatiques du feuillet postérieur d'un* « *sac herniaire.*

« *Au niveau du caecum et du côlon ascendant ces plissements* « *péritonéaux de péricolite chronique peuvent être adjacents à des* « *adhérences épiploques congénitales.*

« *L'examen attentif des plissements péritonéaux d'accolement, la* « *comparaison entre les divers degrés d'un même processus et sur-* « *tout les observations répétées en cas d'interventions itératives né-* « *cessaires chez un même sujet, permettent d'imaginer qu'il ne s'agit* « *pas là d'une disposition qui se fixe définitivement. Un travail* « *progressif, lent mais continu, semble se faire au cours des années* « *et accéléré parfois par des crises aiguës de réactions coliques. Pre-* « *nant point d'appui sur les fins tractus fibreux de bordure, les* « *lames séreuses attirent l'intestin que tiraille également l'inflamma-* « *tion rétractile des mésos. Elles progressent imperceptiblement elles* « *gagnent du terrain pour recouvrir de plus en plus l'organe intéres-* « *sé ,par vagues d'assaut successives. Il est exceptionnel qu'elles se.* « *fusionnent complètement avec les parois de cet organe* ».

Au début ces formations péricoliques apparaissent épaisses, tumé-

fiées, plus tard elles prennent l'aspect d'un feuillet péritonéal presque normal.

C'est à un plissement séreux que peut être dû souvent pour M. Lardennois la formation d'une membrane du type Jackson, comme nous le verrons au chapitre : Pathogénie, et comme nos observations (IX-XVIII-XXII) semblent le montrer.

c) **Associations.** — Ces lésions de péricolites sont fréquemment associées à d'autres manifestations morbides, parmi lesquelles, certaines semblent les provoquer.

L'appendicite et la colite se partagent le plus grand nombre de cas. Pour beaucoup d'auteurs l'appendicite reste la lésion pathologique essentielle, cependant de plus en plus le colite et le colite stasique (Lardennois, Guillaume) se retrouvent dans l'étiologie de ces formations. Le rôle des épiploïtes (Walther) est définitivement admis. Certains auteurs insistent sur les péricolites d'origine gynécologiques, et les cholecystites compliquées de péri-angulo-colites, restent d'observations courantes. Plus récemment Duval, Basset, Soupault, Hertz, ont décrit des périduodénites dont l'étiologie appendiculaire n'était pas douteuse. Il s'agirait autour du duodénum de complications du même ordre que les péricolites avec lesquelles elles peuvent coexister (Obs. XIV). Pilcher insiste sur la fréquence de l'appendicite mais signale aussi la coexistence des lésions gastriques, duodénales, vésiculaires, gynécologiques.

Enfin, il est fréquent de voir associée à la péricolite droite, une inflammation des mésos, soit mésentérite rétractile, soit mésocolite, soit mésosigmoïdite, et des adénopathies mésentériques.

Nous indiquons ces associations, sans préciser la filiation qui pourrait les établir, mais elles sont importantes à connaître, et leur fréquence est suffisamment grande pour qu'on doive systématiquemen les rechercher, faute de quoi le traitement chirurgical reste incomplet, et le traitement médical post-opératoire risque de partir d'une base anatomique incomplète.

d) **Modifications viscérales.** — Il est évident que ces péricolites ne vont pas sans modifier les viscères qu'elles envahissent, ou dont elles semblent partir. Les déformations du côlon proximal sont les plus fréquemment observées. Il est difficile de les systématiser et en principe les déformations coliques se décalquent sur le polymorphisme des péricolites. Cependant on doit insister sur les modifications du

calibre de la lumière intestinale, laquelle se rétrécit suivant : une bride entraînant un rétrécissement linéaire ; une « lame » aplatissant une portion du cylindre colique ; un « manchon » étouffant le côlon et gênant son expansion.

Le segment colique intéressé perd de sa vitalité, de sa tonicité, et « *provoque une dysergie colique dont le degré est commandé par l'ampleur de la déformation intestinale et par les réactions spasmodiques associées* » (Lardennois).

Quand le caecum n'est pas envahi, sa tendance naturelle est d'abord d'hypertrophier ses parois pour aider le segment colique gêné, ultérieurement de se dilater et de se ptoser. La stase est le terme fatal qui peut ultérieurement forcer la valvule de Bauhin.

e) **Caractères microscopiques.** — M. Lardennois rappelle et insiste sur un fait d'apparence paradoxale ; c'est le peu d'altérations histologiques des pièces de colectomie, malgré des segments coliques « déformés, allongés, dilatés, flasques, atones, et en apparence dégénérés ». Il semble dans ces cas que seule la suppression de l'obstacle apaise le spasme et permet au côlon de se « régénérer ».

L'histologie des membranes de péricolite n'a aucun caractère spécifique et est d'ailleurs relativement peu connue. Seul l'examen de la couche sous endothéliale, la montre envahie par un tissu conjonctif dense, riche en élément collagène, adhérente à la paroi intestinale.

M. Pauchet insiste, sur la présence des germes septiques qui seraient contenus dans les capillaires lymphatiques de certains replis et sur leur mise en liberté dans la cavité abdominale après section des brides. Ces brides « infectantes » peuvent se reconnaître à leur caractère inflammatoire accentué.

Telles sont les formations péri-typhlocolitiques. Leurs caractères et leur polymorphisme les font distinguer des voiles membraneux isolés recontrés presque toujours en dehors du côlon proximal.

III. — LES BRIDES ILEALES DE LANE

Décrites par Lane en même temps que d'autres formations, elles sont les premières sur le tractus digestif d'une série d'autres brides

et elles sont les plus importantes à connaître. Il faut accorder au chirurgien anglais tout le mérite, d'avoir attiré l'attention d'une façon soutenue sur ces coudures iléales, facteurs de troubles quelquefois très sérieux, qui simulent souvent des affections appendiculaires et gastriques.

Sous ce nom, on a groupé toutes les brides rencontrées sur les 15 derniers centimètres de l'iléon et on a fait là, la même extension qu'au niveau du côlon où toute formation péricolique est souvent qualifiée de membrane de Jackson. Cependant, « *il y aurait intérêt, semble-t-il, à apporter à la description de ces brides une netteté satisfaisante faute de laquelle les compte-rendus opératoires deviennent parfois incompréhensibles* » (Lardennois).

Il ne faut attribuer à Lane que les brides qui sont d'accord avec sa pathogénie, sinon grouper sous ce nom certaines brides, c'est presque donner des arguments contre sa théorie.

Nous n'envisageons donc comme bride de Lane, que les bandes de renforcement du mésentère, destinées à soutenir l'iléon et qui doivent être obligatoirement sus-iléales au moins en position debout.

a) **Description.** — Voici la description qu'en donne Lane et telle que la rapporte M. A. G. Guillaume :

« *Le caecum est maintenu sur son côté interne par le mésentère* « *de la terminaison de l'iléon et par une portion de cet intestin qui, pratiquement constitue un ligament interne du caecum. L'effort est* « *exercé sur la surface inférieure — la plus courte — du mésentère,* « *plus que sur la surface antérieure — la plus longue.*

« *Pour équilibrer le poids augmenté d'un caecum rempli, les ré-* « *sistances doivent se développer sur la* surface postérieure du mé- « sentère *de l'iléon sur une surface d'environ* 5 *à* 7 *centimètres, de* « *telle sorte que la bande acquise aide le mésentère et l'iléon à sou-* « *tenir en haut le caecum.*

« *Il se développe dans ces conditions, des faisceaux puis, ultérieu-* « *rement, des bandes, variables en largeur et qui constituent finale-* « *ment un* véritable mésentère *libre. Celui-ci étant plus court que* « *le mésentère normal, est fixé par sa plus large extrémité, à la base* « *du mésentère, et par son extrémité la moins large à la convexité de* « *l'intestin sur son bord non mésentérique. De cette façon il coude* « *l'iléon et l'obstrue en deux parties.*

« *Il se produit un angle aigu ouvert en bas quand le sujet est* « *debout. L'insertion sur le bord libre de l'intestin détermine une* « *torsion de l'intestin autour de son axe longitudinal, de telle sorte*

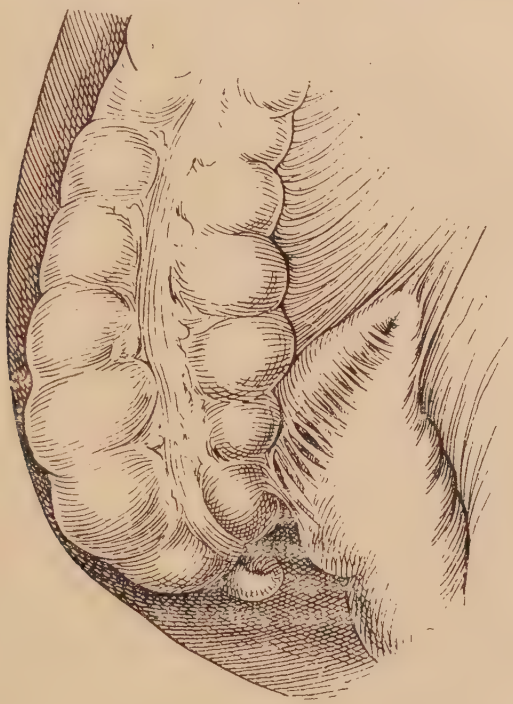

Fig. 6. — Bride sus-iléale en V renversé, véritable *bride de Lane*. Dans le cas particulier, des adhérences fibrillaires transversales fixent l'angulation iléale.
(In Rapport Lardennois XXXVIe Congrès Français de Chirurgie).

« *que sa lumière est réduite d'autant et que son occlusion se trouve* « *encore être accentuée.*

« *Certains considèrent cette bande comme congénitale, mais au-* « *cune preuve n'en a été apportée* ».

Lane, à propos de la vascularisation de cette bride et de celles qu'il décrit le long du bord externe du côlon proximal signale l'absence de vaisseaux au début, mais dans les cas avancés, il ajoute que ces adhérences seraient « remplacées » par un mésentère, dans lequel apparaissent des vaisseaux d'un certain calibre. Il signale aussi dans les cas avancés des adhérences fibrillaires, qui fixent d'une façon permanente les deux branches du coude iléal, adhérences sans

plan de clivage qu'il faut sectionner pour permettre la réduction de la coudure.

Flint, rappelle que dans la plupart des cas, cette bride s'étend des bords libres de l'iléon, au feuillet postérieur du mésentère qu'elle double, mais il peut exister entre le mésentère et la bride un passage libre où peut s'insinuer le doigt. Quand le mésentère est court, la bride s'étend du bord libre au péritoine iliaque.

C'est une description analogue que rapporte Jordan à propos d'une opération pratiquée par Lane. « *Un assistant écarte le caecum d'une main et de l'autre l'anse iléale en dedans du point fixe, et on voit se tendre une lamelle ligamenteuse ressemblant au mésentère, mais ne contenant pas de vaisseaux, on peut passer le doigt entre cette lamelle et le mésentère proprement dit et la sectionner* ».

M. Lenormant qualifie les brides « bordure iléale de Lane » ; il pense qu'il s'agit, soit d'adhérences péritonéales qui croisent obliquement la face antérieure de l'iléon terminal et sur lesquelles se coude l'intestin, soit une rétraction du mésentère, véritable mésentérite rétractile comme on peut le voir sur le méso-sigmoïde.

M. Descomps, signale que les « plis de Lane » intéressent à la fois, le fascia d'accolement et le péritoine libre voisin. Ces plis d'abord acquis, deviennent pathogènes ultérieurement. Il ajoute : « *C'est en somme une péricolite à variété postérieure qui s'oppose à la variété antérieure dont la membrane de Jackson en est le type* ».

Lefebvre, dans sa thèse, signale en outre de la coudure à V ouvert en bas, la fréquence de coudure iléale à V ouvert en haut et qu'il rattache à la bride de Lane. Il est difficile d'admettre que pour soutenir l'iléon, entraîné par une ptose de caecum, il se produise des coudures qui semblent plus entraîner l'iléon que ne le retenir.

Pour nous rapprocher de ce que Lane décrit, nous ne qualifions de brides de Lane, que les brides sus-iléales ne pouvant couder l'iléon qu'en V ouvert en bas.

b) **Associations.** — Cette bride coexiste souvent avec d'autres brides sur tout le trajet du côlon et en particulier avec la bride sigmoïdienne (la dernière coudure de Lane). On l'a signalée associée à l'appendicite, l'épiploïte, et au caecum mobile.

c) **Déformations viscérales.** — Les déformations intestinales qu'elle entraîne sont très accusées. Entre les deux branches du V

des adhérences fibrillaires et vasculaires ne tardent pas à s'établir. La branche droite du V est souvent accolée au bord interne du caecum, mais il semble que ce ne soit là qu'une adhérence tardive. La branche gauche contraste avec la branche droite par sa dilatation progressive, par l'aspect bleuâtre et la minceur de ses parois, par la présence de liquide en amont, révélateur de la stase et par le manque de contraction. Elle fait preuve d'incapacité, d'invalidité (Lejars).

Cette stase d'abord localisée, s'accentue et irrémédiablement gagne en amont *souvent à longue distance et dans les cas particuliers sur le duodénum que l'on voit dilaté, sur la vésicule biliaire qui est distendue et engorgée et jusque sur l'estomac. Celui-ci participe à la réaction compensatrice comme pour remédier par la force de ses contractions à la gêne et au retard du transit qui se manifeste sur l'iléon. D'abord petit, irritable, hyperkinétique et hypersécréteur, il subira à la longue une déchéance progressive et nous aurons affaire à un de ces estomacs inertes, dilatés, ptosiques, si difficiles à rééduquer* (Lardennois).

IV. — LES PERI-ILÉITES TERMINALES

C'est volontairement que nous détachons ces formations, des brides de Lane auxquelles elles sont souvent rattachées. De même que de la membrane de Jackson on peut en différencier les péricolites, on peut différencier de la bride de Lane, la bride que M. Lardennois qualifie de sous-iléale préterminale.

a) **Bride sous-iléale préterminale.** — Elle est au grêle ce que le plissement séreux membraniforme est au côlon proximal.

Elle est caractérisée par :

a) Sa situation sous iléale.

b) La coudure iléale en V ouvert en haut dans toutes les positions de l'individu.

c) Le plan de clivage qui permet de la séparer de l'iléon et du mésentère avoisinant.

Elle siège en général plus loin que la bride de Lane, à huit ou dix centimètres de l'abouchement iléo-caecal, et apparait de ce fait moins facilement au cours d'une intervention pour appendicite. Il faut tirer sur le grêle pour bien la voir. Elle se présente alors suivant la forme

d'un triangle, à sommet supérieur très tronqué siégeant sur l'iléon, à base inférieure large — en général de deux travers de doigt — s'insérant suivant une ligne frontale ou légèrement oblique en arrière et en dedans, à cheval sur le détroit supérieur, ou franchement sur la paroi pelvienne latérale.

Fig. 7. — Bride *sous-iléale*, coudant l'intestin en V ouvert en haut — en sens opposé à la coudure de Lane. — L'iléon est aussi tordu sur son axe longitudinal, et de plus plissé en accordéon. Un rebord blanchâtre marque l'entrée du plan de clivage. Noter l'existence d'une *bride pré-iléo-cæcal* antérieur et pouvant obstruer partiellement l'orifice iléo-cæcal.

(In Rapport Lardennois au XXXVIe Congrès Français de Chirurgie).

Les bords sont nets et bien visibles. La face antérieure tranche nettement sur le péritoine adjacent. La face postérieure s'applique contre le feuillet péritonéal postérieur, de telle sorte qu'on peut difficilement passer le doigt entre ce plissement séreux et le péritoine postérieur.

Par rapport au fond du caecum elle est plus souvent située au-

dessous de lui alors que la bride de Lane est en général au-dessus. Enfin, elle est pelvienne alors que la bride de Lane est iliaque.

Par rapport à l'iléon elle est sous-iléale (voy. fig. 8), pouvant atteindre le mésentère mais seulement par son sommet ; sa base est franchement sous-mésentérique, sous iléale, prépariétale et non pas entre le mésentère et le péritoine pariétal postérieur comme la bride de Lane.

L'iléon aussi présente une configuration en V qui l'oppose à celle déterminée par la bride de Lane. Le V est ouvert en haut et il garde cette forme dans toutes les positions, alors que la coudure iléale de Lane dépend — du moins au début — de la station debout. La bride sous-iléale en somme, maintient fixée définitivement et en l'exagérant la position quasi normale de la dernière partie de l'iléon.

Les deux branches du V présentent dans les cas avancés un aspect nettement différent, la branche droite est ascendante petite et rétractée, la branche gauche dilatée gris bleuâtre lisse, remplie de liquide, ne se contractant pas quand on la pince.

L'insertion de la bride sur le sommet du V iléal est intéressante à étudier. Le résultat immédiat, est qu'à ce niveau, l'iléon diminue de calibre et qu'une striction apparait nettement. Quand on attire l'iléon, on tend la ligne de réflexion de la bride, qui dessine comme un repli net qu'on peut détacher de l'iléon, ce faisant « *on entre dans un plan de clivage net, avasculaire que sauf remaniement par réaction inflammatoire aigue, on peut généralement suivre sans trop de difficulté. Au fur et à mesure qu'on le détache de l'intestin et du mésentère le pli péritonéal s'affaise et s'étale dans le plan du péritoine pariétal, tandis que l'intestin dégagé retrouve sa forme et sa mobilité* » (Lardennois). Quand on pratique cette libération, on constate que le grêle est replié sur lui-même, roulé suivant son axe longitudinal de telle sorte que sa face antérieure tend à devenir postérieure.

Les modifications iléales en amont de la couture restent les mêmes que pour la bride de Lane. Cependant, souvent on constate dans cette forme, que le grêle en amont est épaissi, rouge, poisseux, saignant facilement, caractères traduisant le stade d'hyperplasie auquel fait suite le stade asystolique avec anse distendue à demi remplie, bleuâtre, atone.

La coexistence de la bride sous iléale et de l'appendicite est

fréquente, on la retrouve aussi au cours d'affections gynécologiques et on devrait la rechercher systématiquement au cours des laparotomies sous ombilicales.

Nous l'avons vu coïncider avec une bride de Lane (Obs. V et LXV), avec une péricolite (Obs. XXXVI et XLV). L'observation C montre qu'elle s'est développée sur l'iléon au voisinage d'une bouche d'iléo-transversotomie.

b) **Déviations sténosantes de l'angle iléo-caecal.** — A cette bride sous-iléale M. Lardennois ajoute des adhérences au niveau de l'angle iléo-caecal, entraînant des déviations sténosantes de cet angle.

On doit retenir :

a) Une modification scléro lipomateuse du repli caecal antérieur « *bande épaissie et saillante, fibro graisseuse qui semble écraser l'angle iléo-caecal en passant au devant de lui pour s'étendre jusqu'au repli iléo-appendiculaire* ». (Lardennois).

b) Une modification scléreuse ou inflammatoire du méso appendice, du repli iléo-appendiculaire ou d'une bride sous-iléale qui a tendance à couder l'iléon en le rapprochant du bord interne du caecum, ce qui a pour effet de fermer l'angle en bas (Obs. LVIII).

c) Un repli scléreux qui part du bord interne du caecum jusque sur le bord supérieur de l'iléon terminal et qui ferme *en haut* l'angle iléo-caecal (Obs. XXXVII).

d) Une fermeture de l'angle iléo-caecal en avant par adhérence de la face antérieure de l'iléon terminal avec la partie correspondante des bosselures internes du caecum (Obs. LXXXVIII).

e) A la déviation précédente « caeco-pré-iléale » on peut ajouter une déviation caeco-rétro-iléale exceptionnelle.

Il est rare de retrouver isolément ces formations sténosantes, le plus souvent elles coexistent avec d'autres formations de péricolite ou de péri-iléite et pratiquement c'est dans les périviscérites du carrefour inférieur qu'on les rencontre.

Elles coexistent souvent aussi avec l'appendicite et doivent être systématiquement recherchées au cours des appendicectomies.

Nous avons décrit isolément les membranes péricoliques du type Jackson, les péricolites, la bride de Lane et les péri-iléites. En fait il est fréquent de voir ces formations associées sur un même opéré. Si d'une part il semble naturel de voir coexister les membranes péri-

coliques avec les brides de Lane, ou une péricolite avec une péri-iléite, toutes formations anatomiques voisines, d'autre part il semblerait anormal de voir coexister des formations apparemment différentes, comme des membranes péricoliques et une péri-iléite. Mais les faits de coexistence de formations, qui, à priori ne semblent avoir ni la même étiologie, ni la même pathogénie sont fréquentes et depuis longtemps déjà signalés. Nos observations (V-VII-IX-XII-XXV-XXXI-XXXVI-XLV-LIII-LVIII-LXV-CVI) prouvent la variabilité de ces coexistences ce qui n'est pas un élément favorable à l'unification de la pathogénie.

Les faits anatomiques que nous venons d'exposer sont le résultat d'observations directes, c'est pourquoi nous avons préféré les exposer, avant d'entreprendre le chapitre complexe de la pathogénie des formations péri-iléotyphlocoliques.

PATHOGÉNIE

C'est un chapitre difficile à exposer quand on songe à la multitude des travaux qui ont étudié ce côté de la question.

L'erreur, à notre sens, à été de vouloir expliquer toute la question des formations péricoliques par une seule des étiologies : congénitale, mécanique, ou inflammatoire. Quand sans partialité on parcourt la série des travaux; on est obligé de convenir que dans ces trois théories on trouve des arguments indéfectibles, des preuves tangibles, des faits anatomiques importants, qui n'autorisent pas à priori le rejet d'une de ces théories. Mais par ailleurs, il n'est pas une de ces théories qui voulant tout expliquer, ne présente pas des points faibles permettant une critique logique. Le juste milieu ne se trouve même pas dans une théorie éclectique. On doit les admettre toutes, mais n'accorder à chacune d'elle qu'une partie de l'ensemble des péricolites.

L'une quelconque de ces formations peut dépendre d'une double étiologie ; et c'est ainsi, que si la pathogénie de la membrane de Jackson de beaucoup la plus étudiée et la plus discutée — inflammatoire pour certains, mécanique pour d'autres (Lane) congénitale pour la plupart, — semble le plus souvent d'origine congénitale, il existe des preuves de membranes du type Jackson, acquises, (Lardennois). D'autre part il semblerait paradoxal, de vouloir invoquer la congénitalité ou une cause mécanique, à propos de certaines péricolites et plus spécialement des plissements séreux membraniformes.

Nous allons revoir :

1. La théorie congénitale qui ne fut invoquée que pour expliquer la formation des membranes du type Jackson et des brides du type Lane.

2. La théorie mécanique qui tend à expliquer les mêmes formations.

3. La théorie inflammatoire, la plus ancienne, la plus en accord avec les données de la pathologie générale, la seule possible — de l'avis de la majorité — dans les cas de formation péricolitiques.

4. La théorie mixte bien étudiée dans la thèse de Lefebvre.

I. — THÉORIE CONGÉNITALE

Les premiers travaux se sont occupés surtout, d'expliquer la membrane décrite par Jackson. Cette théorie n'a pas été rejetée par Jackson lui-même, qui cependant lors de ses premières constatations invoquait l'origine inflammatoire. Il augurait même, que la thérapeutique chirurgicale en serait plus satisfaisante et qu'une simple section suffirait à supprimer les troubles dûs à la membrane.

Voici les différentes opinions concernant l'origine congénitale des formations péri-iléocoliques.

Mayo (1914) pense que les feuillets péritonéaux latéro coliques seraient dûs à la descente tardive du caecum entraînant le péritoine pariétal postérieur de l'hypocondre.

Keiller (1911) est le premier à avoir pensé, qu'il fallait rechercher l'origine de ces membranes dans un prolongement du bord droit de l'épiploon, mais il ne publie aucun travail et ce n'est qu'au cours d'une conversation avec Jackson qu'il émet cette hypothèse.

Cotte (de Lyon) (1912) donne le premier écrit, définissant l'origine congénitale de « certaines » membranes du type Jackson.

Flint (M.) (1912) voit sur des fœtus des attaches plus ou moins étendues du gros intestin au péritoine pariétal et du grand épiploon au caecum. Il croit que lors de la descente du caecum dans la fosse iliaque, ces attaches sont entraînées et allongées formant des voiles membraneux.

Quant à la bride de Lane (1) dont aucune n'aurait pour Flint, le caractère d'adhérences acquises, il la retrouve 2 fois sur deux embryons et une fois sur un enfant de 9 mois, et il l'interprète comme « une fusion entre l'intestin ayant subi sa rotation et le péritoine pariétal ».

Gray et Anderson (1912) estiment que la membrane de Jackson

(1) Sur 11 cas il l'a trouve 5 fois associée à des voiles pariéto-coliques.

est l'expression d'une croissance exagérée de l'épiploon s'étendant plus largement sur la face antérieure du côlon qu'on ne l'enseigne.

Eastman (1913) déclare que c'est dans l'exagération de ligaments

Fig. 8 (D'après Eastman). — Au-dessus membrane de Jackson s'étendant à la moitié supérieure du côlon proximal. Elle s'étend en dedans jusque sur le bord interne du côlon. Au-dessous deux brides sous-iléales, la gauche avasculaire est représentée comme un ligament de Trêves, la droite représente le ligament génito-mésentérique de Reid. Toutes deux peuvent être facteurs de coudures iléales.

et de replis normaux du péritoine qu'il faut retrouver l'origine de formations péricoliques. Le titre de son article est suffisamment explicite. « Les membranes péritonéales foetales de Jonnesco, Juvara,

Trèves et Reid, et leurs relations probables avec les membranes de Jackson et les brides de Lane ». Pour lui 10 à 15 % de foetus présentent un ligament pariéto-colique de Jonnesco. Un ligament de Trèves très développé pourrait être à l'origine d'un voile du caecum, très étendu en dedans il pourrait être à l'origine d'une bride de Lane. Pour Eastman, la bride de Lane serait le repli génito mésentérique décrit par Reid, et il distingue le pli de Trèves pré-appendiculaire et le pli de Reid rétro-appendiculaire.

Cependant à une question posée à Eastman sur l'origine de la péricolite membraneuse il répondit : « *Si j'étais obligé de dire brièvement ce que je pense sur l'étiologie de la péricolite, je répondrais les replis foetaux plus..... X* ».

Reid rapporte deux cas de membrane pariéto-colique formée par l'adhérence d'un large appendice épiploïque, qui, pendant la rotation de droite à gauche du côlon se serait étiré et étalé.

Connel et Cheever (1913) font intervenir la fixation du caecum et sa rotation normale de droite à gauche suivant l'axe longitudinal. La membrane de Jackson serait due à une rotation excessive ou à une fixation précoce et anormale. La bride de Lane serait due à une fixation excessive ou anormale.

Rezanoff (1913) pense, que c'est l'ébauche embryologique du gros intestin qui est petite, ce qui l'oblige à s'étirer et à demander un supplément d'irrigation qu'elle emprunte au petit épiploon. Ultérieurement, le caecum continuant à se développer s'éloigne du petit épiploon et est contraint de se ravitailler successivement, sur le foie et le péritoine de l'hypocondre. Ce besoin peut-être tardif, au moment seulement de la descente du caecum, et ce sont les lames « porte-vaisseaux » qui constituent les formations péricoliques.

Delbet et Cunéo (1913) pensent que la partie supérieure de la membrane proviendrait du ligament hépato-colique, la partie inférieure du ligament pariéto-colique.

Leveuf (1914)après examen de plusieurs foetus conclut : « *l'étude anatomique montre de manière évidente que la péricolite membraneuse n'est qu'une formation anatomique. Ses divers types peuvent être retrouvés chez le nouveau-né et chez l'adulte à l'état de développement parfait, tous représentent des reliquats du diverticule épiploïque droit de l'embryon* ».

Valvorta (1914) met en évidence une membrane pariéto-colique

chez le foetus. Elle serait due à une soudure précoce du mésentère colique et à la rotation qui s'ensuit.

Eisendrath et Schnoor (1914). L'examen de foetus leur a révélé la fréquence du ligament pariéto-colique presque toutes les fois où le caecum avait fait complètement sa rotation. Ils insistent sur la fréquence d'un repli pariéto-colique gauche identique au droit.

Pringle (1914) retrouve un pli analogue à celui de Lane dans 20 % de foetus.

Gaetano (1914) après examen de 300 foetus conclut que la membrane de Jackson est l'extrémité latérale du fascia prérénal distendue par l'augmentation du côlon.

Mutel et Fouche (1922) ne retiennent que les conceptions qui font provenir les membranes péricoliques d'un diverticule droit de l'épiploon et ils s'appuient, pour cela, sur la conclusion expérimentale de Bolognesi, lequel a réalisé avec des lambeaux épiploïques, des membranes péricoliques vélamenteuses du type Jackson. Reprenant les arguments de Cotte et de Gaetano, Mutel et Fouche admettent que la membrane de Jackson n'est pas autre chose que le pli pariéto colique « *distendu par l'augmentation de la paroi postérieure du côlon entre le pli lui-même et l'insertion de son méso* ». Le pli pariéto-colique peut secondairement avoir un rapport avec le diverticule épiploïque, mais primitivement aucun rapport n'existe, et ils donnent comme preuve, la divergence dans la direction des vaisseaux entre le diverticule et le pli pariéto colique.

Nous avons exposé succinctement, la plupart des travaux des partisans de l'origine congénitale, des membranes péricoliques et des brides péri-iléales. L'étendue de ces travaux, leurs qualités, l'autorité de leurs auteurs, doivent faire retenir la congénitalité de certaines formations péricoliques et en particulier de la membrane de Jackson.

L'erreur nous l'avons déjà dit, consisterait à vouloir avec cette seule conception congénitale, les expliquer toutes.

II. — THÉORIE MÉCANIQUE

Elle invoque les ptoses viscérales déjà entrevues par Glénard dès 1885.

Elle est la moins admise. Cependant l'autorité de Lane qui la

défend, doit la faire suffisamment considérer. Lane incrimine la position verticale qui a une tendance naturelle à faciliter la ptose viscérale. Il s'ensuit qu'au niveau de certains points fixes de l'intestin, il se crée des lignes de résistance destinées à lutter contre cette ptose, et c'est ainsi que « *ces lignes de résistance sont cristallisées tout d'abord sous forme de bandes et ultérieurement sous forme de membranes distinctes* ». C'est une opinion analogue que les physiologistes Hertwig et Marey donnent, pour expliquer le développement mécano morphique de certains tendons, ligaments ou membranes (Carnot). A l'origine de ces ptoses, Lane invoque la constipation chronique.

Ces bandes de sustentation, quand elles visent à équilibrer la ptose du segment iléo-caecal, se répartissant en dehors du côlon sous forme de membranes dites de Jackson, en dedans sous forme de brides dites de Lane. Ultérieurement, ces éléments de secours dépassent leur but, leur résistance appliquée en des zones peu étendues entraînent des coudures, auxquelles les porteurs n'ont pas été habitués et contre lesquelles s'épuise la tonicité intestinale.

Nous ne pouvons pas nous empêcher de rappeler la grosse objection faite à une telle conception, c'est la découverte de ces formations chez des foetus, où il ne peut être question de viscéroptose. Par ailleurs Bland William insiste beaucoup sur les caractères morphologiques qui distinguent nettement les membranes de Jackson des brides de Lane.

C'est à une théorie voisine que M. Alglave attribue la formation de plissements séreux péricoliques ; mais il insiste surtout sur la ptose rénale droite. Coleman Kemp, de Cauwardin, Taddei, Paul Delbet sont favorables à cette opinion.

On peut admettre les coudures pas ptose viscérale, mais elles peuvent se faire au niveau de ligaments normaux ou congénitaux, sans supposer forcément la formation de nouveaux ligaments.

III. — THÉORIE INFLAMMATOIRE

C'est la pathogénie la plus ancienne, celle qui groupe le plus d'adeptes, celle qui semble la plus vraisembable. Le seul reproche que l'on puisse faire à ses partisans est celui de vouloir expliquer

par elle seule (1), l'ensemble des formations péri-iléocoliques. Cependant elle semble être à l'origine de la plupart d'entre elles.

Nous avons déjà insisté sur la congénitalité de la majorité des membranes du type Jackson et de certaines brides du type Lane. Quand on ampute le territoire inflammatoire de ces formations, il semble vraisemblablement contenir la totalité du reste des péricolites chroniques.

L'adénopathie signature de l'inflammation a été entrevue par Bretagne et on sait avec quelle insistance Hofmeister y a insisté. Bien plus Runneberg et Keyde décrivent des anaérobies spécifiques de la péricolite, et Baasler isole un « bacillus adhésiformis » qui transformerait une membrane péricolique en membrane sténosante.

La réaction inflammatoire chronique d'un organe (côlon ou appendice) s'étendant au péritoine pariétal réalise anatomiquement un plissement séreux membraniforme.

M. Lardennois pense que dans certains cas, un double plissement séreux, l'un externe venu du péritoine pariétal, l'autre interne venu du méso-côlon ou de l'épiploon, peuvent se rencontrer au-devant du côlon et constituer un sac plus ou moins complet enveloppant le côlon. Ce double plissement pourrait ainsi expliquer la constitution de membranes péricoliques du type vélamenteux (Lardennois). Il nous a été donné de remarquer d'une part, des plissements séreux membraniformes qui se continuaient par un voile précolique du type Jackson (Obs. XVIII et XXII), d'autre part, un cas (Obs. IX) où un voile du type Jackson, se continuait en haut et en dehors avec un voile membraneux d'allure congénitale, en dehors et légèrement en bas avec un plissement séreux membraniforme.

Les péricolites chroniques sont les résultats d'une péritonite chronique, secondaire (2) à une infection partie des organes de la cavité abdominale, et parmi ses organes Tripier et Paviot, ont insisté depuis longtemps sur les *cholecystites* et Pouliot sur les affections *gynécologiques* (l'observation XVIII semble appuyer cette opinion).

---

(1) N'a-t-on pas invoqué la péritonite fœtale adhésive à la suite d'une infection de la mère? (Burnet).

(2) Certains auteurs admettent qu'elles peuvent succéder à des péritonites primitives

Les travaux de Walther, Haller, Duroselle, ont insisté sur les rapports entre l'épiploïte et les péricolites.

L'appendice reste pour beaucoup de chirurgiens l'organe le plus souvent en cause.

La *folliculite* est pour Descomps le premier stade de l'inflammation de la totalité ou d'une partie du segment iléo-colique — l'appendice dans la majorité des cas — puis apparaît la lymphantgite et l'adénopathie, l'exsudation poisseuse et agglutinative du péritoine qui crée la péritonite plastique lymphangitique stade de prépéricolite.

La *colite* ou les typhlocolites sont très souvent en cause comme le pensaient depuis longtemps Wirchow et Dieulafoy et comme le pensent actuellement beaucoup d'auteurs modernes.

Dès 1906 Potherat signale la « colite adhésive sténosante », Walther croit à la colite point de départ de l'épiploïte et des brides péricoliques, mais « *cela se fait par un travail lent car il est frappant de voir que c'est dans les cas où la maladie a évolué de la façon la plus torpide qu'on trouve les adhérences péricoliques et les épiploïtes chroniques les plus accentuées* ». Hofmeister insiste sur l'état congestionné de l'intestin entouré d'un exsudat séreux. Pilcher, admet la possibilité de transformations séreuses par infections passagères de la muqueuse. J. C. Roux décrit une phase de colite muqueuse, puis la phase de colite pariétale qui précède la péricolite. Cotte : « *la péricolite est un mode de réaction du péritoine autour d'un intestin altéré* ».

M. Lardennois insiste sur la lymphangite sous-séreuse des côlons et des mésos dans les colites chroniques laquelle entraînerait des adhérences minces, étalées, lamelleuses du type Jackson.

Ces colites se propageant, agissent en hyperhémiant la sous-séreuse, et en entraînant des exsudats poisseux, agglutinatifs, qui amorcent les adhérences entre le péritoine pariétal et le côlon et en déterminant la lymphangite qui constitue des péricolites en puissance. (Descomps). La colite stasique surtout, est capable de solliciter des réactions plastiques de la séreuse sous forme de membranes. Cette stase peut être d'origine variable, et Murphy en produisant expérimentalemnt la coprostase chez les lapins a pu déterminer la formation de membranes.

« *A qui aurait quelques hésitations à admettre ce rôle de la colite dans les stases, dans la genèse des péricolites adhésives les plus typiques ,les péri-colites membraneuses, on peut rappeler les cas où une intervention itérative a montré autour du caecum une membrane de Jackson typique, alors que le premier opérateur pratiquant l'appendicectomie bien des années auparavant n'avait vu aucune adhérence (Jalaguier, Lardennois). Un autre argument non moins démonstratif peut-être tiré du développement si fréquent des lames d'adhérences soit autour d'un segment colique chirurgicalement exclus, soit autour d'un segment colique compris dans une hernie...* » (Lardennois).

Ces réactions de la séreuse sont souvent minimes et dues à une inflammation atténuée, il s'ensuit que la structure des plissements séreux « *a plus d'une ressemblance avec ceux que nous savons produits par la coalescence entogénique* ». Une notion est à retenir : « *une fois commencé le travail réactionnel de la péricolite et d'épiploïte a tendance à se poursuivre grâce à l'intervention d'un facteur nouveau, la colite stasique, alors même que l'origine primitivement intéressée cesse d'être en état inflammatoire ..... qui pis est la suppression de l'organe primitivement enflammé n'enraye pas toujours les progrès de la péricolite plastique* » (Lardennois).

Cependant Descomps, met en garde contre certaines adhérences inflammatoires qui ne sont que des « formations anatomiques dont on n'a pas supputé l'amplitude des variations ».

Inflammation primitive. — De cette théorie inflammatoire on peut rapprocher l'inflammation primitive — syphilis ou tuberculose — des séreuses comme facteur des péricolites. Cependant « les chirurgiens ne croient plus guère aujourd'hui après des constatations opératoires très nombreuses aux inflammations primitives des séreuses » (Descomps).

En réalité les auteurs incriminent ces péritonites primitives plus dans les périviscérites adhésives que dans les péricolites localisées.

En faveur de cette opinion, on a invoqué l'absence de lésions viscérales au cours des péritonites, la coexistence clinique de lésions syphilitiques ou tuberculeuses et les échecs de la thérapeutique chirurgicale.

Le rôle de la syphilis péritonéale a trouvé des partisans chez (Castex, Pehu, Letulle, Delfor del Valle, Cade, Morenas, Hadges,

Carnot). Celui de la péritonite tuberculeuse chez Paviot, Savy, Castaigne, Delore et Alamartine, Carnot, Paillard. « *Pourquoi refuser au péritoine ou lui concéder si parcimonieusement ce qu'on concède sans difficulté et si largement à la séreuse pleurale* » (Savy). M. Lardennois répond « *Le traitement anti-syphilitique est bien rarement efficace.... l'innoculation au cobaye reste négative* ».

Il nous a été donné d'observer au cours de deux péritonites subaiguë, des formations que nous décrivons aux observations XX et XXI qui semblent être la trame sur laquelle ultérieurement pourraient se constituer des formations péri-iléocoliques. Ce sont là des faits anatomiques, qui pourraient expliquer comment des réactions péritonéales peuvent laisser des sequelles de nature péricolitique.

IV. — THÉORIE MIXTE

Elle est conciliante, car si elle reconnaît comme substratum anatomique des formations congénitales, elle nécessite l'intervention d'une cause inflammatoire pour que celles-ci deviennent pathogènes.

Cette inflammation secondaire d'une membrane de Jackson est un fait souvent constaté pour qu'il puisse être mis en doute et nous avons eu l'occasion d'en voir un exemple typique (Obs. XII). Mais on peut objecter, que la membrane pariéto-colique est la cause de cette inflammation qui secondairement va l'altérer.

Cette théorie à laquelle s'étaient arrêtés Cunéo, Pilcher, Pringle pour établir le rôle pathogène des membranes, a été bien étudiée par Lefèbvre (thèse 1919), lequel ajoute — faisant allusion à la cause inflammatoire — « *C'est elle qui crée de toutes pièces les adhérences entre les organes si aucun ligament ne les réunissait auparavant* ».

Mercier (thèse 1924), partisan de la théorie mixte, ajoute : « *de même la conception de ceux qui voient en ces membranes péricoliques une conséquence d'infection péritonéale légère et répétée est dans plusieurs cas conforme à la réalité* » et Quarella cité par Guillaume dès 1916 concluait : « *les membranes péricoliques sont peut-être un fait anatomique, ce n'est pas un fait d'intérêt pathologique, et seule la réaction inflammatoire présente cet intérêt pathologique puisqu'elle transforme une membrane inoffensive en une péricolotyphlite membraneuse nocive* ».

V. — CAUSES TOXIQUES

M. Carnot (1926) rappelle qu'expérimentalement l'iode, l'alcool naphtolée, le nitrate d'argent, peuvent provoquer des adhérences péritonéales, qui, le plus souvent, restent définitives et il se demande si certaines péricolites n'auraient pas une cause toxique?

ROLE PATHOGÈNE

Le polymorphisme anatomique des formations péri-iléocoliques, leur nature variable, leur formation relevant de plusieurs facteurs isolés ou associés, ne permettent pas d'envisager en bloc leur rôle pathogène.

Ce rôle ne paraît pas douteux quand il s'agit de formations inflammatoires, mais encore faut-il préciser comment elles deviennent nocives, nécessité importante pour établir une thérapeutique logique.

On a surtout envisagé les péricolites comme facteurs d'obstacle au transit intestinal, on leur a reconnu une grande part dans l'étiologie de la stase intestinale chronique, et partant c'est une thérapeutique visant à rétablir le transit normal qu'on a pratiquement recherché. Quant à la nature de cet obstacle, elle a presque toujours été considérée comme mécanique, par rétrécissement de la lumière intestinale. Récemment divers auteurs ont insisté sur les troubles du dynamisme intestinal à la suite de péricolites, expliquant que ni anatomiquement ni radiologiquement on puisse trouver d'obstacle net. A la péricolite facteur d'obstacle anatomique, on doit donc ajouter une perturbation dans le transit par trouble du dynamisme intestinal entraînant une inhibition des mouvements, une excitation ou un spasme.

Toutes les péricolites n'ont pas le même rôle pathogène, telle membrane créera un obstacle mécanique, telle autre provoquera une « dysergie » colique, enfin telle autre sera facteur d'accidents par action combinée de ces deux causes.

A. **Péricolite de l'angle hépatique.** — On a surtout insisté sur l'angulation sous-hépatique, mais elle entre dans le cadre des angulations normales réductibles, et c'est du jour où elles devient irréductible, qu'elle nécessite une nouvelle adaptation fonctionnelle, qui peut alors être plus ou moins suffisante.

D'ailleurs, tant que la musculature intestinale suffit à avoir raison de l'obstacle, tant qu'elle « compense » l'obstacle, il n'y a aucune histoire clinique, même reconstituable par l'interrogatoire; c'est du jour où la tonicité musculaire diminue — et si l'obstacle seul peut y suffire, l'infection atténuée de la paroi ne peut que l'accélérer — que pratiquement la stase intestinale s'installe.

B. **Membranes péricoliques.** — « *Il s'agit de savoir si la membrane de Jackson n'est qu'une curiosité anatomique ou une formation pathologique qui exige un traitement* » (Lardennois).

Guillaume et Bonnefoy (thèse 1924) n'admettent pas le rôle de la péricolite membraneuse, en particulier dans la stase intestinale et ils donnent trois raisons :

1. La section et la résection des voiles membraneux devrait mettre fin aux troubles mécaniques et amener une guérison complète.

2. La fréquence lors des laparotomies de la présence de voiles membraneux sans histoire clinique.

3. Opposition entre le nombre important de porteurs de voiles péricoliques, et le nombre d'accidents qu'ils entraînent.

Nous pourrions répondre que la section n'est pas tout dans la thérapeutique, qu'il y a un stade latent sans histoire clinique et qu'enfin toutes les membranes ne sont pas pathogènes, de même que tous les appendices ne sont pas malades. Ils ajoutent « *qu'il n'est nullement besoin d'invoquer la présence d'une péricolite pour expliquer l'éventualité d'un trouble du dynamisme intestinal qui s'explique par contre beaucoup mieux par des modifications des qualités fonctionnelles de la paroi de l'intestin, modifications placées sous la dépendance de son innervation ou, d'une façon plus générale, de son principe excito-moteur* » mais la péricolite ne peut-elle pas précisément être une des modifications qui agissent sur les noyaux d'Auerbach et de Keith, centres coliques de l'innervation ?

Certains auteurs déclarent, que les troubles du système neuro-végétatif peuvent à eux seuls entraîner l'atonie caecale, qu'il y ait ou non péricolite. D'autres admettent que la dextriliacalgie pourrait relever de lésions du système nerveux de l'intestin (Masson, entéronévrite de Loeper) desquelles partiraient les réflexes entraînant les accidents douloureux. Mais il semble qu'une réaction péricolitique, peut agir sur le système neuro-musculaire de l'intestin.

La membrane crée-t-elle un obstacle par sa constitution ? Cela

paraît assez peu plausible, quand la péricolite revêt l'aspect de voiles minces ,et c'est pour repondre au cas que l'extirpation de voiles membraneux avait amélioré que Pilcher émit l'hypothèse que le voile déterminait un spasme de la tunique musculaire s'opposant à la progression du contenu intestinal, ce que Stierlin confirmait par ses recherches radioscopiques. Mercier, dans sa thèse, reste du même avis : « *les brides péricoliques ne font que déterminer à l'endroit où elles se terminent dans le côlon, un spasme de l'intestin... qui modifierait le péristaltisme intestinal* ».

Nécessité d'autres facteurs. — « *Les voiles congénitaux n'entraînent pas de troubles tant qu'ils restent normaux* », c'est l'opinion défendue par Lefebvre et admise par les partisans de la théorie mixte. Il faut qu'une cause inflammatoire intervienne secondairement pour modifier les voiles et les rendre pathogènes. Cette cause inflammatoire, c'est dans le segment appendiculo-colique qu'il faut la rechercher, et mise à part l'appendicite à laquelle on doit toujours songer c'est la colite qu'il faut surtout invoquer (1).

La colite semble agir :

1. En transformant une membrane péricolique d'aspect normal.

2. En infectant progressivement la tunique musculaire et en lui faisant perdre sa tonicité.

3. En étendant son processus inflammatoire, et de la colite pariétale donner la péri-colite.

Dans ces cas, la musculature intestinale comprise entre les deux foyers inflammatoires, muqueux et péritonéal, perd beaucoup de sa contractilité et ainsi s'amorce la stase par troubles dynamiques sans invoquer la nécessité d'un obstacle. C'est l'opinion de Tuffier, Cunéo, Tavel, « *les péricolites agiraient par parésie réflexe sans obstruer la lumière de l'intestin* ».

Cependant les membranes péricoliques déterminent quelquefois sur le côlon ascendant des coudures en « canons de fusils » (Mauclaire, Eisendrath, Eastman), ou des strictions soit le long d'une bride néoformée, soit le long du bord inférieur de la membrane.

Certains auteurs ont nié qu'une angulation puisse suffire à créer un obstacle, et ils signalent l'angulation accusée de l'angle duodéno-

(1) Pour Lane la colite est dominée par la stase qui la précède.

jégunal ou de l'angle splénique tolérée par la majorité des individus. Mais si l'individu s'adapte à des angulations qu'il porte en lui dès sa naissance, celles qui apparaissent au cours du développement, gênent le cours des aliments et nécessitent une réadaptation fonctionnelle, laquelle peut suffire pendant un temps, mais peut aboutir à une échéance variable à une défaillance.

Les péricolites peuvent déterminer souvent des accidents occlusifs, rarement définitifs, le plus souvent temporaires, « *c'est là avant tout leur véritable caractère* » (Guillaume).

Actions à distance des péricolites. — « *Les contractures spasmodiques associées ne sont pas rares en aval et à distance... en conséquence des points secondaires de stase peuvent s'établir compliquant la situation d'ensemble. C'est là, qu'est l'explication logique des dolichocôlons pelviens si souvent associés à la stase iléale ou à la stase du côlon droit* » (Lardennois).

C. **Les coudures iléales.** — Nous avons vu les déformations iléales qu'elles entraînent. L'importance de leur rôle dans les obstructions est certain. On doit les considérer comme pathogènes chaque fois qu'on les rencontre.

Nous laissons de côté les arguments des partisans et des adversaires du rôle nocif des péricolites. Des résultats contradictoires ont été présentés ,entraînant des changements d'opinion. Certains chirurgiens ne s'en occupent pratiquement jamais, au point qu'il est fréquent de ne les voir jamais traiter une péricolite dans la multitude de cas d'appendicite chronique qu'ils peuvent avoir à opérer. Là plus qu'ailleurs, la vérité semble dans un juste milieu. Il nous a été donné de revoir des appendicectomisés non satisfaits, et nous avons vu suffisamment de cas opérés antérieurement de péricolites et guéris, pour ne pas croire à la fréquence de leur rôle pathogène.

Cependant certains individus s'accomodent très bien d'une membrane du type Jackson quel que soit son siège, d'autres la tolèrent pendant un certain temps, puis finissent par s'en plaindre, cette intolérance pouvant survenir spontanément ou à l'occasion d'un épisode inflammatoire des viscères abdominaux. Enfin, dans certains cas elles ne commencent leur histoire clinique qu'à propos d'un syndrome occlusif (Léo).

Les péricolites inflammatoires peuvent provoquer les mêmes trou-

bles mécaniques que les membranes péricoliques en modifiant le calibre intestinal ; mais ce sont surtout elles qui agissent soit sur la musculature intestinale pour la rendre insuffisante, ou sur le territoire nerveux colique pour provoquer une série de troubles réflexes, soit en déterminant une colite stasique qui accentue la péricolite existante.

ÉTUDE CLINIQUE

Les péricolites droites ne constituent pas une entité morbide, mais un syndrome sans limites précises dont la variabilité étiologique, anatomique et pathogénique pouvait faire prévoir la complexité.

Ce sont les simulatrices des affections abdominales. Elles peuvent déterminer la plupart des signes fonctionnels, retentir fortement sur l'état général, et créer des signes physiques trompeurs.

Leur existence détermine des troubles localisés au territoire où elles prennent naissance et où elles se développent; mais à une échéance variable, tous les segments du tube digestif et les glandes annexes sont influencés par elle; et on conçoit que cette participation rende l'interprétation délicate.

Il est donc difficile de tracer un tableau clinique du syndrome « péricolite », sans tomber dans des descriptions schématiques. C'est un syndrome, qui, suivant l'expression de Farabeuf est fait de « pièces et de morceaux » et on pourrait admettre que les « pièces » soient les affections qui donnent naissance aux péricolites, que les « morceaux » soient les troubles apportés par leur présence.

Ce syndrome est constitué par des signes cliniques que l'on rencontre communément dans les affections de la fosse iliaque droite. L'acquisition clinique plus récente est la connaissance des troubles à distance — en particulier gastriques — que peuvent créer les péricolites.

En fait le syndrome clinique que nous allons décrire ressemble aux syndromes qui ont été décrits sous le nom de « typhlite », «d'appendicite chronique », de « caecum mobile » (Haussman-Wilms), de « torsion habituelle du caecum » (Klose), de « péricolite membraneuse » (Jackson), de « ptose du caecum » (Lardennois), de « stase intestinale chronique » (Lane), de « dilatation douloureuse du côlon droit » (Grégoire), de « constipation droite » (Duval et J. Roux), de « fausses appendicites » (De Martel et Antoine), de « syndrome douloureux du côlon proximal ». (De Martel, Antoine, Mercier).

Nous n'avons donc pas la naïveté de croire que nous apportons des faits nouveaux quant à l'étude clinique du syndrome des péricolites. Nous voudrions seulement essayer, de détacher les principaux éléments de ce syndrome et de les grouper dans le « temps ». C'est pourquoi nous décrirons quatre périodes :

1. Une période latente de tolérance ;
2. Une période de réaction ;
3. Une période de défaillance ;
4. Une période d'asystolie caeco-colique.

Un chapitre de formes cliniques nous permettra de sortir un peu de l'exposition schématique qui suit :

1. **PÉRIODE LATENTE DE TOLÉRANCE.** — Elle explique le cas de formation péricolique sans histoire clinique, constatée lors d'une intervention abdominale, et qui ultérieurement devient pathogène entraînant un « semblant » de séquelles opératoires. Ces séquelles sont en réalité les troubles dûs à l'évolution de la péricolite, et dans cet ordre de faits on peut grouper en particulier certaines suites d'appendicectomies.

Cette tolérance peut être telle, qu'elle n'éveille pas l'attention du malade (1), et que toute l'histoire d'une membrane péricolique peut tenir à quelques crises sans lendemains et sans souvenirs. Ce n'est d'ailleurs pas un fait isolé en médecine, que toute l'histoire d'un malade se résume en une seule crise.

2. **PÉRIODE DE RÉACTION.** — Elle marque les premières manifestations de l'intolérance.

Elle s'annonce soit par l'exagération des symptômes de l'affection qui a donné naissance à la péricolite, soit, si elle est primitive, par un syndrome ou à côté de l'élément douleur signe dominant, s'associent des phénomènes digestifs.

A) Chez un malade qui présente déjà une dextriliacalgie, les douleurs deviennent plus fréquentes, plus intenses, leurs caractères se modifient et elles deviennent rebelles à la thérapeutique utilisée jusque-là. Les signes digestifs subissent aussi des modifications ana-

(1) Nous emploierons le masculin quoiqu'il s'agisse plus souvent du sexe féminin.

logues et l'examen du malade qui jusque-là pouvait révéler une zône douloureuse limitée, la montre plus étendue. Devant cette exagération des symptômes on a souvent recours à l'appendicectomie — l'appendice étant incriminé 9 fois sur 10 — Elle est utile puisqu'elle supprime l'organe le plus souvent « fautif », mais souvent on ne touche pas à la formation péricolique concomittante qui se charge de constituer une séquelle de l'appendicectomie, alors qu'elle n'est en réalité qu'une complication de l'appendicite, qui nécessitait aussi un traitement.

On doit poser en principe que toute appendicectomie pour appendicite « aggravée » doit être complétée par l'examen et le traitement systématique des formations anormales de l'iléon terminal, du côlon proximal, et de l'épiploon, et être systématiquement suivie d'un traitement médical énergique complément indispensable du traitement chirurgical.

Nous supposons là, le cas qui nous a semblé le plus fréquent : appendicite chronique ou mieux appendicite « torpide » (Walther) compliquée de péricolite.

Si au contraire il s'agit de colite compliquée de péricolite, le traitement médical garde tous ses droits et ce n'est que son efficacité médiocre qui peut décider d'une intervention visant la péricolite devenue organisée, et rebelle au traitement médical.

B) La péricolite cliniquement primitive, revêt dans la majorité des cas le masque de l'appendicite chronique. Les malades se plaignent de dextriliacalgie et de quelques troubles digestifs que l'interrogatoire doit rechercher et faire préciser. Ces troubles surviennent par accès qui durent une dizaine de jours environ et qui laissent dans leur intervalle un état très voisin de la normale.

La douleur apparaît rarement la nuit, mais surtout l'après-midi entre 16 et 17 heures, spontanément, à l'occasion d'une fatigue ou d'un écart de régime. C'est une sensation d'endolorissement de la fosse iliaque et de l'hypocondre sans irradiation, sans vomissement, sans fièvre et que calme quelquefois une position spéciale prise par les malades. Cet état dure de une à deux heures puis tout rentre dans l'ordre et ces « petits ennuis » sont vites oubliés.

A part ces phénomènes douloureux certains malades se plaignent quelquefois d'anorexie, de lenteur de digestion, de pyrosis, de constipation légère. L'interrogatoire apprend souvent qu'ils sont aérophagiques, que leur langue est pâteuse, qu'ils ont « mauvaise bouche »

au réveil, qu'ils restent 3 à 4 jours sans évacuation intestinale; mais comme il s'agit le plus souvent de malades de 20 à 30 ans, ils attachent peu d'importance à ces troubles assez peu gênants.

L'examen physique doit surtout porter sur l'état du quadrant inférieur droit de l'abdomen.

C'est la palpation qui renseigne le mieux, elle doit être très minutieuse et de préférence elle se fera le bassin soulevé et incliné.

Sans vouloir insister sur les caractères d'une bonne palpation, sans laquelle il n'est pas possible d'apprécier l'état du carrefour inférieur, nous voudrions noter une technique qui nous a donné de bons résultats. Au lieu de promener un peu « au hasard » les deux mains, nous mettons à plat les quatre derniers doigts d'une des deux mains — main réceptrice — au niveau de l'endroit à examiner, et c'est avec les doigts de l'autre main, appliqués sur ceux de la main « réceptrice » que nous déprimons la paroi. Cette palpation médiate qui à des caractères communs avec la technique de la percussion est mieux supportée par les malades, que la palpation immédiate dont on devra la faire suivre. Elle montre dans le cas présent qu'il n'y a pas de point douloureux, mais une zône douloureuse au niveau de la fosse iliaque qui se prolonge en haut et surtout en dehors le long du côlon. A cette sensibilité, on doit ajouter que souvent on trouve le caecum mobile et « gargouillant », cependant ce gargouillement n'a pas une valeur essentielle (P. Delbet), il est physiologique 3 à 4 heures après les repas, et il ne signifie pas forcément un caecum stasique. On ne doit pas juger de l'état d'un caecum « n'importe quand », s'il est utile de le palper le matin à jeûn alors qu'il devrait être vide, il est nécessaire aussi de le palper 4 ou 5 heures après le repas pour juger la façon dont il réagit à l'arrivée du chyme.

Sur ce fond chronique, surviennent quelquefois des épisodes brusques, caractérisés par une crise de douleur très subite en général 3 à 4 heures après le repas de midi. Elle ne s'accompagne que très rarement de vomissements, elle s'exagère par la marche, se calme par le décubitus dorsal et quelquefois par la pression permanente — chaude de préférence — de la fosse iliaque. Sa durée est très variable ; elle cède assez brusquement et sa fin s'accompagne parfois d'évacuation abondante de gaz.

Pratiqué à ce moment, l'examen révèle une fosse iliaque distendue, sonore, douloureuse sur une large étendue avec un maximum

au niveau de la partie saillante du caecum. Cette crise ne laisse pas après elle une altération de l'état général du malade.

C'est en somme le tableau de la dilatation douloureuse du caecum décrit par M. Grégoire. Il semblerait dû à un obstacle colique partiel et permanent se complétant par un spasme.

A part ces crises, en général, les troubles de cette période sont assez bien supportés et pratiquement on n'enregistre aucune altération sérieuse de l'état général.

La plupart des malades suivent un régime et un petit traitement qui leur permet une activité normale, d'autres ont été appendicectomisés et tolèrent les petits épisodes douloureux qui suivent l'opération.

Chez certains, toute l'affection peut en rester à ce stade, avec alternatives d'améliorations et d'aggravations passagères, et il s'agit chez eux, plus d'un « état » que d'une maladie.

Chez d'autres, au contraire, après quelques années de réaction, le syndrome s'aggrave et progressivement aboutit à celui de la période suivante.

3. **PÉRIODE DE DÉFAILLANCE.** — C'est la période où les forces de réaction s'épuisent, où le traitement médical devient insuffisant, où il faut instituer un traitement chirurgical.

Le syndrome de la période précédente s'exagère en intensité et en fréquence et il traduit surtout une sorte d'intolérance du caecum. La douleur devient permanente, les malades disent « sentir constamment » leur fosse iliaque droite. Sur ce fond d'endolorissement, des exagérations souvent bi-quotidiennes surviennent au moment du travail du caecum c'est-à-dire 5 à 6 heures après les repas. Cette douleur devient aussi plus intense à l'occasion de l'absorption de certains aliments qui « semblent jouer un rôle anaphylactique » (Mercier) et parmi ceux-ci, les légumineux sont particulièrement retrouvés. Cette exacerbation de la douleur, en général, s'atténue par le décubitus dorsal ou latéral droit, par une position spéciale à chaque malade et bien connue d'eux. Leur fin est marquée souvent par une émission abondante de gaz, mais il persiste toujours après une sensation d'endolorissement qui peut durer longtemps.

Très souvent les malades se plaignent en même temps d'une épigastralgie et d'une douleur dans la région vésiculaire réalisant le

« syndrome des trois carrefours » bien étudié par M. Enriquez et ses élèves. La coexistence de ces trois zones douloureuses n'est pas faite pour faciliter le diagnostic d'autant plus que parfois l'épigastralgie domine.

Ces douleurs ne sont accompagnées ni de vomissements ni de température. Cependant des troubles digestifs coexistent : aérophagie, inappétence, troubles dyspeptiques, enfin et surtout modifications des selles. La constipation est de règle, et il faut savoir la dépister chez les malades qui ne la signalent pas, parce qu'ils vont tous les jours à la selle. Ce n'est pas tellement un transit irrégulier qu'il faut rechercher, mais surtout un transit ralenti. Il faut savoir se méfier dans ces cas de l'absence de dyschésie qui reste pour beaucoup le test de la constipation.

Les selles se sont modifiées progressivement, en général elles sont précédées de scyballes, puis suivent des matières pâteuses, d'odeur forte, de coloration tirant sur l'ocre, et recouvertes de glaires plus ou moins nombreux qui traduiraient une altération de la muqueuse caecale.

A cette période l'état général n'est déjà plus satisfaisant, les malades s'amaigrissent, le teint devient pâle, les forces diminuent, l'ardeur au travail est moindre, de temps en temps des petits syndromes d'auto-intoxication apparaissent qui alarment le malade et sont la source fréquente d'erreurs de diagnostics. Ils seraient dûs au colibacille qui « *franchit la muqueuse et pénètre dans le courant sanguin avec une dangereuse facilité* » (Desgeorges, de Vichy).

L'examen clinique de ces malades ne révèle cependant pas de symptômes en rapport avec l'état général, et ce sont les zones douloureuses qui restent les renseignements les plus nets révélés par la palpation. La zone caeco-appendiculaire est sensible sur une grande étendue. Quelquefois à hauteur de l'ombilic la douleur cesse, mais on la retrouve au niveau de l'épigastre et de la région vésiculaire, à tel point que toutes les hypothèses sont permises dans la genèse des troubles douloureux. Dans d'autres cas tout le côté droit de l'abdomen est sensible, tendu et il contraste avec la dépressibilité facile de l'hémi-abdomen gauche ; mais on peut retrouver un maximum de douleur dans les trois points déjà signalés. C'est l'interrogatoire du malade apprenant la filiation des faits qui permet de conclure à l'origine des troubles dans la fosse iliaque droite, qui

interprète le point douloureux vésiculaire comme signature d'une infection lente des voies biliaires — confirmée par d'autres signes cliniques et de laboratoire — le point douloureux épigastrique : « *la solairalgie étant l'accompagnatrice fréquente de tous les états douloureux des viscères de l'abdomen* » (G. Durand). Interprétant les états douloureux de la moitié droite de l'abdomen « *avec ses trois pôles* », Gaston Durand insiste sur le facteur épiploïque dans la genèse de ces états.

Cependant il faut faire la réserve ou un état pathologique de la fosse iliaque droite se complique de *cholécystite* « association appendiculo-cholecystique » (Enriquez, F. Ramond), association « colite-cholecystite » (G. Durand et Binet), d'ulcère duodénal (Payr, Enriquez, F. Ramond), ou de périduodénite (Berceanu, Descomps, Basset).

A part ces zones douloureuses, l'examen révèle l'existence d'un caecum gros, peu mobile, fixé déjà par les réactions périty phliques empaté, gargouillant à tous les examens, mais que l'on peut vider en appliquant la manœuvre que M. Lardennois décrivait à propos des ptoses du caecum.

Il faut noter cependant que la musculature abdominale conserve encore sa tonicité et qu'on peut appliquer à ces malades le qualificatif de « ventre fort » que Lane signale au début de la stase intestinale chronique.

Cette période de défaillance va durer un temps variable, avec la résistance du malade et les soins médicaux dont il est entouré. C'est cependant une période d'alarme qu'il faut s'imposer de ne pas voir dépasser. A ce moment, le malade peut encore bénéficier d'une intervention chirurgicale de libération qui permettra au traitement médical d'agir, alors que jusque là il épuisait son activité, sinon les progrès de la maladie dus d'une part au développement de la péricolite favorisée par la colite stasique, d'autre part à la résorption des produits toxiques de la stase caecale, aboutissent à la période suivante.

4. **PÉRIODE D'ASYSTOLIE CAECO-COLIQUE.** — Cette période se complique aussi de stase iléale et réalise en somme le stade de la stase intestinale chronique confirmée. Elle traduit l'épuisement de

l'activité motrice du segment iléo-colique droit, par obstacle mécanique et par troubles nerveux.

C'est la période à laquelle aboutissent les malades négligents, ou ceux que le traitement médical obstiné ne pouvait guère améliorer.

Chez ces malades, l'interrogatoire apprend l'existence de troubles antérieurs plus ou moins, accusés tels que nous les avons vus aux périodes précédentes.

Ce qui domine c'est l'altération de l'état général relevant de la déficience des organes essentiels, comme le foie et les glandes à sécrétion interne. Cette déficience semble la résultante d'une série de facteurs qu'on a quelquefois incriminé isolément : la colibacillémie (Desgeorges), la résorption des produits dus aux fermentations intestinales, l'insuffisance hépato-pancréatique, l'insuffisance glandulaire en général. A cette période, les douleurs sont plus diffuses, moins pénibles, avec irradiations multiples, les malades se plaignent d'un endolorissement généralisé avec, de temps en temps, une crise plus sensible. L'épigastralgie est de règle. La constipation persiste et cependant les malades ont souvent des selles quotidiennes, mais elles se font par regorgement. Leur aspect est pâteux, jaunâtre, leur surface est recouverte d'exsudations albumineuses groupées. Quelquefois une débâcle diarrhéique extrêmement fétide met fin à une absence de selles qui durait depuis quelques jours.

L'état général est très spécial, il est caractérisé par une série de signes traduisant le degré d'altération ou d'insuffisance des organes touchés.

Les malades sont très amaigris, asthéniques, anémiques, leur aspect vieilli, leur teint terreux et cholémique les fait prendre pour des cancéreux, courts de respiration, frileux, leur interrogatoire est pénible car ils sont irritables, tristes et difficiles à interroger. On apprend qu'ils ont de fréquents cauchemars, de la céphalée tenace avec vertiges, de l'inappétance, des nausées, qu'ils sont impuissants génitaux, poussifs, frileux et qu'ils ont peu d'ardeur au travail. L'examen révèle une peau sèche, brune en certains points (plis articulaires) des rides précoces, les cheveux sont rares et dépigmentés, la langue est sabburale, l'haleine fétide, les sclérotiques pigmentées en jaune.

La palpation de la fosse iliaque montre un côlon proximal augmenté de volume, empâté, tendu, gargouillant, clapotant, quelque-

fois mobile, quelquefois fixé. Une pression méthodique de bas en haut permet de chasser quelques gaz, et malgré cette évacuation on continue de « sentir » le caecum car il reste dilaté. Le signe de Rowsing est net. La palpation du cadre colique le montre sensible. Le foie est souvent augmenté de volume. La musculature de la paroi abdominale participe aussi à la déficience générale et présente le caractère de « ventre faible » sur lequel insiste Lane.

Un examen plus serré montrerait des signes d'hypotension, de dysthyroidie, de petite insuffisance ovarienne ou surrénale, signalés par Lane et bien étudiés par Marre ; une série de troubles vasomoteurs (maladie de Raynaud), respiratoires (asthme), urinaires; et l'hyperchlorydrie sur laquelle on a récemment insisté (Blake, Desmarest, Mercier). Certains auteurs insistent sur ce qu'une partie de ces signes généraux sont le fait de déséquilibre nerveux et que presque toujours c'est l'état de vagotonie qui domine (F. Moutier, Guillaume).

Il faut s'arrêter surtout sur l'insuffisance hépatique, elle marque mieux que les autres organes le début de l'atteinte de l'organisme par les produits toxiques de résorption.

C'est le foie qui au début détruit ces produits. On doit tenir compte de son insuffisance, quand on envisage la préparation du sujet à l'opération, le choix de l'anésthésique, la qualité des soins post-opératoires et le pronostic.

Comme on le voit tous les appareils peuvent être atteints et toutes les erreurs de diagnostic peuvent être, et ont été faites.

A cette période il s'agit surtout d'une toxhémie due à la défaillance d'un segment intestinal, on conçoit donc, qu'un traitement médical est insuffisant à le régénérer et que seule la suppression physiologique ou anatomique de ce segment puisse faire espérer une amélioration.

Il est exceptionnel qu'une péricolite évolue avec tant de régularité et le cas schématique que nous venons de décrire résume les symptômes en présence desquels on peut se trouver à l'occasion d'une péricolite.

Souvent l'évolution peut être entrecoupée d'accidents dont la plupart ne sont d'ailleurs que l'exagération d'un des symptômes décrits.

ÉVOLUTION - COMPLICATIONS

Dans l'ensemble l'évolution d'une péricolite est lente, et il est fréquent que les péricolites pour lesquelles on intervient à l'âge adulte et à l'âge mûr ne sont que des accidents d'une affection remontant à l'enfance. Pour fixer les idées une appendicite chronique à l'âge de 16 ans environ, n'aboutira à l'état de défaillance décrit que vers 35 à 45 ans. Il est naturel de rencontrer des formes plus rapides et des formes plus lentes ; variations dépendant du terrain, de la condition sociale et des soins reçus.

COMPLICATIONS MÉCANIQUES

a) **Obstructions et occlusions intestinales.** — Parmi ces complications, une place importante doit être réservée à l'occlusion intestinale « *déconcertante parfois par sa séméiologie chez des sujets constipés et colitiques accoutumés aux douleurs intestinales et familiers des calmants et des stupéfiants* » (Lardennois). Cette question a été bien étudiée par Foucault (thèse 1924), Bonnefoy (thèse 1924), Marceau (thèse 1927).

Foucault insiste sur la rareté des occlusions par coudure iléale de Lane, et il ne cite comme typique que le cas d'Illingworth. Les brides sont « *souvent tolérées mais leur action pathogène augmente par les traumatismes opératoires* ».

Bonnefoy s'efforce de démontrer le rôle pathogène très réduit des membranes péricoliques, mais il insiste sur ce que les accidents « *ont avant tout le caractère occlusif* », et qu'il s'agit surtout d'occlusions atténuées et transitoires, rappelant le syndrome de Koenig. Dans certains cas, elles déterminent une occlusion complète définitive et l'auteur rappelle l'observation typique de Léo, cite quelques observations de M. Guillaume et il déclare que les membranes périiléocoliques sont une condition suffisante mais pas une conséquence nécessaire, qu'elles entrent en jeu « *pour des raisons diverses* » alors qu'elles étaient restées longtemps bien tolérées.

Marceau limite l'étude de l'occlusion dans les cas de péri-entéro colites adhésives. Il donne une place importante aux occlusions intestinales dans les suites d'appendicectomies, il insiste sur les brides du grêle créant d'abord des obstructions avant de déclancher l'occlusion, et il montre la fréquence d'obstruction par agglutination en paquet d'anses grêles au niveau de la fosse iliaque droite. Il publie 11 observations instructives dont plusieurs appartiennent à M. Lardennois.

Mercier (thèse 1924) insiste sur la distention suraigue du caecum, à l'occasion de fermentations anormales et subites dans un caecum stasique, laquelle entraîne le volvulus du côlon proximal.

M. Lardennois insiste sur des « *crises aigues d'épiploo péricolite avec sub-occlusion partielle, adénopathies mésentériques, et épanchement inflammatoire abdominal qui diffuse et consolide la périviscérite adhésive* ». Ces crises à début brusque, accompagnées de température, de vomissements peuvent créer des confusions regrettables quant au traitement immédiat.

Des cas d'invagination iléo-caecal (Abadie), d'invagination typhlocolique (Constantini), et de syndrome occlusif périodique (Zoffaguini) ont été signalés à la suite de péricolites membraneuses et au dernier Congrès de Chirurgie MM. Lardennois et Aimes insistaient à nouveau sur les occlusions par péricolites.

Ces complications occlusives restent parmi les plus importantes car elles nécessitent une thérapeutique chirurgicale urgente. Leur connaissance peut permettre dans certains cas une thérapeutique complète, la laparotomie pouvant viser à la recherche de l'obstacle et à sa suppression.

b) **Troubles dûs à la stase en amont.**

1. *La stase jéjunale ne semble* pas avoir d'histoire clinique. En fait, c'est du jour où le duodénum participe à cette stase, que de nouveaux symptômes apparaissent en se surajoutant au tableau clinique de la péricolite droite. « *Cet état de gêne duodénale paraît une des causes principales du mal de cœur, des nausées, avec état subvertigineux* » (Lardennois). Elle précède souvent les migraines duodénales sur lesquelles Duval et Roux ont insisté.

Au syndrôme de la dyspepsie duodénale décrit par R. Gaultier, M. Lardennois ajoute à propos des stases duodénales des crises « *d'indigestion duodénale* » avec douleur à type de barre ombilicale,

vomissements du type bilieux, et diarrhée post prandiale. Ces deux derniers symptômes résultent de l'hypersécrétion biliaire et pancréatique venant par à-coup à la suite d'une gêne prolongée de leur excrétion.

La duodénite stasique peut aussi s'installer et précéder ainsi une périduodénite du type inflammatoire. D'ailleurs la périduodénite a pu se développer pour son propre compte, au même titre que la péri-iléocolite, et ces deux réactions peuvent se succéder ou traduire une extension du foyer infectieux de la fosse iliaque droite — appendiculaire en général — (Basset et Hertz). La périduodénite peut succéder aussi à la péricolite, soit par propagation, ce qui réalise « une coulée d'adhérences de la fosse iliaque à la région sous hépatique » (Basset), soit par lymphangite (Berceanu, Bruthvaite, Descomps), soit par l'intermédiaire de l'épiploon (Walther). Les faits cliniques apportés par E. et A. Kellog, Taylor, Enriquez, Durand, Keller, démontrent l'authenticité des cas de périduodénite compliquant des manifestations péricoliques. Notre observation XIV rapporte un fait analogue.

La périduodénite dans ces cas, favorise considérablement l'inertie duodénale, et accélère l'entrée en jeu de l'estomac dans son rôle compensateur.

2. L'atteinte de l'estomac a été fréquemment signalée au point que Coffey a pu dire que sur 10 malades se plaignant de l'estomac, un seul peut être présentait des lésions organiques. Cette dyspepsie gastrique au cours des péricolites et des périviscérites en général, a été depuis longtemps étudiée par Walther, Siredey, Carnot, J. C. Roux, Lardennois, Tremolières. Nous avons vu que certains auteurs ont insisté sur la fréquence de l'hyperchlorydrie dans la constipation droite, de là à l'ulcère beaucoup d'auteurs admettent encore une étroite parenté.

Dans tous les cas, l'estomac ne se désolidarise pas des troubles iléocoliques, il essaye d'établir l'équilibre par hyperpéristaltisme qui engendre l'hypersécrétion et l'hyperacidité. Cette compensation gastrique secondaire à l'insuffisance musculaire du segment iléo-colique n'a qu'un temps et elle aboutit tôt ou tard à une atonie gastrique compliquée d'allongement et de ptose de l'antre pylorique. Quand l'estomac entre en jeu, les malades prennent l'allure de « gastriques » et sont souvent soignés comme tels. M. Lardennois insiste alors sur

les « résultats paradoxaux de la diététique qui aggrave souvent l'état du malade, sur le caractère néfaste de certains sédatifs gastriques qui paralysent son action compensatrice ». De ces réactions compensatrices M. Lardennois rapproche la sialorrhée et l'aérophagie, réflexes instinctifs destinés à « aider au transit ». Cependant l'aérophagie et l'aérocolie souvent rebelles, peuvent provoquer des crises parfois alarmantes, dans les suites post opératoires.

Depuis longtemps déjà, les auteurs ont insisté sur les ulcérations gastro-duodénales au cours d'appendicites chroniques (Mayo, Moynihan, Maynert, Payr, Enriquez), et même à la suite d'appendicectomie (Enriquez, Flandrin, de Martel et Antoine, Grégoire, Brulé), dans ce dernier cas elles semblent relever autant des péricolites (Lardennois).

COMPLICATIONS TOXI-INFECTIEUSES

Nous avons déjà montré la pluralité des symptômes généraux résultant de l'atteinte de certains organes, en fait, ils appartiennent plus à la série des complications qu'à celle des symptômes.

Complications hépato-biliaires. — Le foie avant tout autre organe, est intéressé par les produits de résorption, développés au niveau d'un segment stasique à muqueuse altérée. L'intégrité de cet organe suffit pendant un temps à neutraliser les produits toxiques et infectieux, mais l'apparition d'un syndrôme d'insuffisance hépatique est de règle dans les cas avancés.

Dès 1923, MM. Brulé et Garban insistaient sur la congestion hépatique, la rétention biliaire et la cholécystite, rencontrées au cours des hépato-cholecystites d'origine intestinale, et qualifiées par eux « syndrôme entéro-hépatique ». Elles réalisent cliniquement ce que M. Trémolières décrit sous le nom de « forme biliaire » à propos des périviscérites digestives. Ces altérations hépatiques qui vont de la simple congestion à la cirrhose (Achard, Truffier, Mauté) et qui sont décrites comme compliquant l'appendicite chronique, relèvent dans certains cas de péricolites droites.

La rétention biliaire signalée par MM. Brulé et Garban peut résulter de la gêne de l'excrétion biliaire par stase duodénale. Elle amorce ces vésicules à parois épaisses rencontrées au cours d'interventions pour péricolites, luttant pour chasser la bile et pouvant

aboutir à ces vésicules dilatées, tendues, atoniques, décrites par M. Chiray.

Cette distention vésiculaire simple, peut aboutir à la cholélithiase comme le montre le cas de M. Lardennois, opérant en 1925 un confrère présentant une vésicule calculeuse avec adhérences multiples, laquelle s'était montrée saine, au cours d'une intervention pratiquée en 1917 pour prétendue cholecystite conséquente à une appendicectomie pratiquée en 1910.

Dans certains cas, une péricholecystite peut être secondaire à l'extension d'une péricolite, et peut survenir en dehors de toutes manifestations hépatiques. Le tableau clinique se trouve alors dominé par l'histoire vésiculaire, et l'intervention, souvent imposée par l'échec du traitement médical, montre une vésicule complètement enfouie sous des adhérences et où se sont développés des calculs. On conçoit que la simple cholécystectomie, est insuffisante dans de tels cas pour amener une guérison complète.

Cependant le diagnostic est très difficile, dans les cas où l'affection vésiculaire succède à une péricolite étendue de l'angle droit, et même au cours de la laparotomie, il sera extrêmement difficile de préciser quel est l'organe pris le premier.

Toutes ces manifestations vésiculaires ont été entrevues, décrites et bien étudiées à l'étranger et en France ; mais dans tous les cas les auteurs ont incriminé l'appendice. Pollard, en 1921, montrant le rôle de l'épiploïte dans la participation vésiculaire, donne un juste rôle à l'épiploon, mais la péricolite — dépendant ou non de l'appendice — peut à elle seule déterminer une réaction vésiculaire par stase, ou par extension du processus péricolitique. C'est une notion importante, car dans ces cas complexes, l'appendicectomie associée même à l'épiploectomie et à la cholécystectomie, ne peut suffire à rétablir la guérison si la péricolite n'a pas fait l'objet de soins spéciaux.

On peut rapprocher de ces complications hépato-biliaires, des altérations chroniques du pancréas pouvant créer un état dyspeptique post opératoire, et c'est dans cette catégorie qu'on peut faire entrer les faits de diabète et d'acétonémie signalés par Lane.

Complications digestives. — 1. La colite est une des causes de péricolite, mais aussi une complication fréquente et presque fatale des formations péricoliques. On la retrouve à l'examen de nombreux malades, et elle peut dominer à un tel point le tableau clinique qu'elle passe au premier plan. Néanmoins un interrogatoire minutieux doit essayer d'en établir les premières manifestations. On conçoit que la colite facteur de péricolite relève presque essentiellement du traitement médical, alors que la colite stasique demande une thérapeutique visant la stase. Cette distinction est relativement aisée dans le début de l'affection, mais tardivement il se fait un « échange de mauvais procédés », ce qui domine c'est la colite et ce qui s'établit moins bien c'est de savoir si elle est primitive ou secondaire. On devine la difficulté du traitement et les résultats médiocres malgré une diététique sévère. Il faut retenir, que toute colite rebelle au traitement médical doit laisser supposer qu'elle peut être secondaire à une formation péricolique, ou qu'elle s'est compliquée de péricolite. La péricolite demande alors un traitement spécial sans lequel toute thérapeutique est insuffisante.

La colotyphlite est de beaucoup la plus fréquente, mais il n'est pas rare de trouver en aval des colites accompagnées de spasmes, siégeant surtout sur le côlon pelvien.

2. L'appendicite torpide est très fréquemment associée à la stase ou à la typhlocolite d'origine péricolique.

Les nombreuses discussions entre Reclus et Dieulafoy ont montré toute la difficulté qu'il y avait de préciser les rapports entre une appendicite et une typhlocolite. Certains auteurs (Lane) voient l'appendicite chronique comme une complication des péricolites au même titre qu'une autre localisation, d'autres estiment qu'elle précède la péricolite et l'épiploïte, et beaucoup à en juger par leur thérapeutique rendent l'appendicite seule responsable de tous les « malheurs » de la fosse iliaque droite.

Le problème de l'appendicite chronique ne se pose pas ici, nous n'enregistrons que la fréquence avec laquelle l'appendice est altéré quand il coexiste avec certaines formations péricolitiques, mais il faut reconnaître, qu'il apparaît souvent indemne. Ce n'est là qu'une question de pathogénie et ce serait une erreur si à l'occasion d'une intervention pour dextriliacalgie, on ne la complétait pas par l'extirpation de l'appendice même complètement sain.

3. La complication la plus sérieuse est l'extension de la péricolite et la constitution d'une *périviscérite adhésive généralisée*. C'est là une éventualité d'une gravité énorme contre laquelle les ressources de la thérapeutique restent à peine palliatives.

Cette périviscérite généralisée semble être l'apanage de certains malades. De nombreuses interventions pratiquées pour adhérences péritonéales, ont permis des constatations parfois paradoxales, qui imposent la notion de la cause prédisposante du terrain. Beaucoup d'auteurs ont tendance à admettre la syphilis comme responsable ; les enquêtes auprès de nos malades ne permettent pas d'appuyer cette opinion et c'est là un fait d'autant plus regrettable qu'il nous prive de la thérapeutique anti-syphilitique efficace. Par contre ce qu'il nous a été donné de constater avec une extrême fréquence, c'est l'existence de périviscérites généralisées presque toujours chez des malades antérieurement opérés. L'opération semble être la cause déterminante. Une péricolite peut passer inaperçue au cours d'une intervention faite pour une autre affection, et la périviscérite généralisée se déclanche à l'occasion du traumatisme opératoire, en partant du foyer de péricolite. Nous ne disons pas que le traitement de la péricolite eût évité la périviscérite, mais sa constatation eût peut-être incité à une certaine prudence opératoire, eût dicté une thérapeutique post-opératoire et eût permis un pronostic, ce qui reste toujours très appréciable.

Complications uro-génitales. — Les complications urinaires, résultent de la bactériurie, notion entrevue par Adami dès 1899. M. Heitz-Boyer, vers 1919, montre que la colibacillurie, n'est que la conséquence de la colibacillémie favorisée par des altérations de la muqueuse intestinale ; il décrit le syndrôme entéro-rénal, et insiste sur le caractère trompeur de l'affection qui fait songer à une affection rénale alors que le traitement doit viser avant tout l'état intestinal.

M. Guy Laroche, en 1924, insistant sur les formes urinaires de l'appendicite, a le mérite d'attirer l'attention du côté rénal au cours de dextriliacalgie.

Pour certains auteurs, le syndrôme entéro-rénal n'est qu'une manifestation de la colibacillémie par auto-intoxication intestinale chronique, laquelle est « *susceptible de retentir sur la plupart des or-*

ganes » (Desgeorges), expliquant ainsi la plupart des troubles que nous avons envisagés.

Ces manifestations rénales peuvent déterminer : une simple congestion avec ou sans hématurie, une pyélonéphrite à colibacille ou une néphrite chronique avec insuffisance rénale. Lane va jusqu'à attribuer le mal de Bright à la stase intestinale chronique.

La conclusion pratique à en tirer, est que toute cystalgie, toute pyélonéphrite à colibacille, doit faire suspecter un mauvais état intestinal et dans les cas rebelles faire envisager la possibilité de péricolites ; que d'autre part, on doit faire l'examen systématique chez tous les stasiques intestinaux, de la fonction rénale, afin de stimuler le rein avant l'intervention et d'éviter les petits signes d'intoxication urémique aux lendemains de l'opération.

Certains auteurs, insistant sur l'impuissance génitale chez l'homme, les troubles des règles chez la femme ; incriminent la stase intestinale dans l'étiologie de certains ovarites scléro kystiques (1) et attribuent certaines infections de fibromes, de kyste de l'ovaire aux colites. Il n'est pas jusqu'aux mastites chroniques qui n'aient été attribuées dans certains cas à la stase intestinale chronique.

Complications cardio-vasculaires et respiratoires. — Nous avons déjà signalé l'aérophagie avec ses manifestations d'angoisse et de palpitation. Lane, Pauchet, signalent des cas de maladie de Reynaud imputables à la S. I. C. et pour le premier, l'artério-sclérose serait une complication de cet état.

Récemment M. Schwartz attribuait la plupart des phlébites post-opératoires à la colibacillémie. Cependant il faut remarquer la rareté de ces phlébites, à la suite d'interventions pour péricolites stasiques lesquelles supposent souvent un état de colibacillémie.

M. Enriquez, en 1920, décrit l'asthme réflexe à la suite d'appendicites et de périty phlites, fait déjà signalé à propos des appendicites par Delagenière (1911), Rochet (thèse 1912), et Guttman (thèse, 1914).

Enfin l'insuffisance respiratoire de constatation fréquente chez les ptosiques et les stasiques, associée à l'insuffisance d'autres organes,

(1) J. L. Faure admet l'influence des produits toxiques d'origine intestinale sur l'ovaire.

ne va pas sans favoriser le développement d'une tuberculose pleurale ou pulmonaire, terme ultime des complications.

COMPLICATIONS NERVEUSES

L'état psychique de ces malades se trouve rapidement atteint, l'hypocondrie, la neurasthénie, sont souvent des écueils au traitement. Il faut de toute nécessité traiter d'abord cet état, rendre confiance au malade, avant d'entreprendre un traitement et de les décider, le cas échéant, à une opération chirurgicale.

M. Lardennois fait remarquer que « *depuis que les chirurgiens sont venus à s'occuper activement des épiploïtes et des péricolites, on a vu diminuer considérablement le nombre de ces psychasthéniques sur lesquels s'épuisaient sans grands résultats souvent, les efforts des psychiâtres* ».

FORMES CLINIQUES

L'étude des symptômes et des complications nous a montré une telle diversité de manifestations qu'il va de soi qu'elles se groupent pour prendre le masque de certaines affections et constituer presque autant de formes cliniques que de malades envisagés.

Ces formes peuvent être groupées suivant :

Le caractère anatomique,
Le siège,
La prédominance d'un symptôme,
L'association à d'autres manifestations,
L'âge,

I. — FORMES SUIVANT LE CARACTÈRE ANATOMIQUE

1° **Au cours des épiploïtes adhérentes,** Walther insiste sur une douleur en barre épigastrique, sur la douleur lombaire exagérée par la torsion ou la flexion du tronc, sur la douleur dans le sinus de l'angle colique droit et sur l'empâtement du bord interne du côlon.

2° **Les voiles membraneux,** ont une allure clinique très diversement interprétée. Certains ne leur reconnaissent aucun rôle pathogène, d'autres lui attribuent une place importante dans les dextriliacalgies, ou simplement un rôle dans les accidents occlusifs.

De nombreux auteurs, tant en France qu'à l'Etranger, ont signalé des voiles membraneux nocifs, traités chirurgicalement avec bons résultats.

Au récent Congrès de Chirurgie, M. Martin du Pan insistait sur la fréquence de membrane de Jackson prise pour appendicite chronique. Il rapportait une statistique de 83 guérisons complètes sur 92 cas retrouvés, et il signalait l'absence de nouvelles adhérences sur 2 cas qu'il fut obligé de réopérer. M. Oltramarre sur 111 cas de syndromes douloureux de la fosse iliaque droite, retrouve 52 cas de pé-

ricolite. Sur nos 109 observations, dans 28 cas il s'agissait de voiles membraneux du type Jackson.

Cliniquement, c'est vers 18 à 20 ans que se manifestent les troubles, et le plus souvent chez des jeunes filles, se plaignant de douleurs étendues dans la fosse iliaque droite et au-dessous du rebord costal, irradiant au territoire des nerfs abdominaux-génitaux, du crural et à l'épigastre. Ces douleurs spontanément peu intenses, s'accompagnent de constipation assez vite rebelle au traitement. A la palpation, la douleur existe autant à la région sous-hépatique qu'à la région caecale. Le plus souvent absence de température et réactions minimes d'ordre général.

Chez des sujets jeunes, toute douleur dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit ne s'accompagnant pas de température ni de crises violentes, doit faire suspecter des voiles péricoliques, dont on essayera d'apprécier le rôle pathogène à la radioscopie. Au cas ou une intervention serait décidée, il faudra « s'occuper » de ces voiles si on ne veut pas voir grossir le contingent des appendicectomisés qui continuent de souffrir. Souvent dans ces cas, la libération des voiles péricoliques suffit à entraîner la guérison.

3° **Les plissements séreux membraniformes** ont un rôle pathogène qui apparaît évident, quand on songe qu'ils traduisent une réaction inflammatoire du péritoine. Il s'agit de malades, que le traitement médical n'améliore guère. Chez eux, on retrouve souvent une ancienne appendicite, des signes de colite et des signes de réaction générale.

L'examen montre souvent toute la moitié droite de l'abdomen douloureuse, empâtée, à cause de l'épiploïte souvent associée. Ces malades auraient bénéficié d'un traitement médical ou chirurgical antérieur, qui, n'ayant pas été fait a permis le développement de la colite et de la péricolite. Chez ces malades à péritoine enflammé et fragile, l'intervention devra être décidée après une sérieuse préparation, et devra être suivie d'un traitement médical énergique.

4° **Les brides isolées** ou comprises dans l'épaisseur des membranes, réalisent des formes presque essentiellement occlusives, de diagnostic relativement aisé, de thérapeutique simple.

II. — FORMES SUIVANT LE SIÈGE

1. **Coudures iléales.** Elles restent les formes les mieux connues

depuis les travaux de Lane, confirmés par Mayo, Connel, Lardennois. Anatomiquement, elles réalisent une sténose iléale, contre laquelle la muculature intestinale est peu préparée. Au début cependant la réaction du grèle aidée par tout le tube digestif en amont, a raison de l'obstacle, plus tard une défaillance survient qui s'étend progressivement en amont de la coudure. Ce qui domine l'allure clinique, c'est l'existence de troubles gastriques. Souvent d'ailleurs ces malades se présentent comme atteints de gastropathies, alors qu'ils sont porteurs de coudures iléales.

Lane enseigne que la stase duodenale, par coudure iléale, peut être à l'origine d'ulcères gastro-duodénaux et de lithiase biliaire. M. Lardennois insiste sur la gravité d'affections gastriques organiques, coexistant avec une coudure iléale. L'intervention rétablit souvent le transit gastrique, mais la non exploration du grèle laisse persister dans ces cas une gêne du transit iléo-caecal qui détermine une série de troubles post-opératoires, et un résultat chirurgical peu satisfaisant. Il est partisan de vérifier l'état de l'iléon terminal avant toute intervention sérieuse sur l'estomac, quand il y a un doute dans le diagnostic. Ces coudures iléales par la gène qu'elles apportent au transit constituent des dangers permanents d'occlusion. Cheever a rapporté trois beaux cas compliquant une appendicectomie, et, M. Lardennois pense qu'il faut lui attribuer la majorité des cas d'occlusions signalés après appendicectomies.

2° **Périty phlites.** Bien décrites par Enriquez, elles simulent à s'y méprendre l'appendicite chronique. Elles leurs sont d'ailleurs associées dans 1/3 des cas. Cependant elles s'en distinguent par la permanence et la diffusion de la douleur, les irradiations fréquentes, la fixité du caecum.

3° **Péricolites proprement dites.** Elles réalisent ce que nous avons pris pour type de description.

4° **Péricolites de l'angle hépatique.** Il faut insister sur le caractère précoce des douleurs haut situées sous le rebord costal droit, sur les phénomènes toxi-infectieux dûs à la constipation droite (Duval, et J. C. Roux), sur les complications possibles de péricholecystite qui font errer le diagnostic, d'où le principe d'examiner l'angle colique droit en cas d'intervention sur les voies biliaires.

III. — FORMES SYMPTOMATIQUES

1° **Forme douloureuse.** C'est la plus fréquente. Elle simule le plus souvent l'appendicite et est la cause fréquente d'intervention limitée. Par ses irradiations parfois décevantes, elle peut être la cause d'erreurs de diagnostics. C'est ainsi que les périty phlites ont pû déterminer dans certains cas des névralgies sciatiques et obturatrices (Enriquez, Gutman, Lardennois).

2° **Forme avec prédominance de stase intestinale** (iléale, iléo-caecale, caeco-colique). C'est cette forme qui a été surtout décrite dans l'étude clinique. De cette forme rapprochons celle où la stase est due à des troubles neuro-végétatifs.

3° **Formes occlusives.** Nous avons vu qu'elles étaient surtout l'apanage des brides et nous avons déjà insisté sur leur allure clinique.

4° **Formes biliaires.** Il faut suspecter les cholécystites qui ne sont pas absolument typiques, et songer toujours aux manifestations péricolitiques dont elles peuvent être la conséquence.

Il faut distinguer dans ces formes, les cholecystites compliquées de péricolites hautes, des troubles hépato-biliaires au cours des péricolites.

5° **Formes gastriques.** Très fréquentes. Les dyspepsies gastriques rebelles au traitement médical doivent faire songer aux coudures iléales.

6° **Forme entéro-colique.** Elle réalise le tableau de l'entérite ou de l'entéro-colite muco-membraneuse. Les vraies entéro-colites cèdent au traitement médical, celles qui y sont rebelles doivent faire songer à rechercher les péri-iléocolites.

7° **Formes pseudo-tumorales.** L'agglutination d'anses, l'engorgement colique, les réactions du péritoine, peuvent créer des foyers importants d'allure chronique en imposant parfois pour une tumeur de l'hypocondre, ou de la fosse iliaque droite. C'est surtout le cas de périty phlites compliquées d'épiploïtes adhérentes, d'épaississements des mésos et qui ont été décrites sous le terme d'appendicites pseudo-néoplasiques.

IV. — FORMES ÉVOLUTIVES

La péricolite ne donne pas toujours lieu à un cortège symptomatique important. Souvent des formes légères existent caractérisées par une tension douloureuse de la fosse iliaque droite, de la constipation, le tout évoluant par poussées et ne subissant jamais une évolution grave. Il s'agit le plus souvent de formations membraneuses passablement tolérées mais qui peuvent devenir franchement pathogènes. Entre ces formes légères et les formes aboutissant à une défaillance physiologique du côlon proximal on conçoit qu'il y ait place pour tous les intermédiaires.

V. — FORMES ASSOCIÉES

Signalons surtout celles qu'il est utile de connaître parce qu'elles modifient le traitement chirurgical.

La péricolite peut coexister avec une appendicite et une épiploïte, un ulcère gastro-duodénal, une cholécystite, une périduodénite, une affection génitale, toutes lésions nécessitant une intervention complexe.

Nous avons déjà signalé la coexistence des formations péricoliques et de coudures iléales et la nécessité de faire cette double recherche au cours des laparatomies.

Depuis longtemps Lane insiste sur la multiplicité des « bandes de renforcement » tout autour du cadre colique. Eisendrath et Eastman, ont montré que des formations péricoliques gauches et droites peuvent coexister, on conçoit dans ces cas, la complexité de l'allure clinique, et la nécessité de laparatomies suffisantes afin de ne pas se cantonner dans le traitement d'un segment intestinal mais d'inventorier tout le gros intestin.

M. Pauchet a insisté sur des libérations péricoliques droites, qui semblaient devoir être suffisantes et qui cependant malgré une amélioration passagère n'ont pas entraîné la guérison. Au cours d'interventions ultérieures, l'explication de ce fait était donnée par l'existence d'autres brides autour du côlon sigmoïde, en particulier, la bride sigmoïdienne de Lane.

VI. — FORMES SUIVANT L'AGE

Walther insiste sur le fait que les enfants ne font pas d'épiploïte, qu'ils n'ont « pas le temps d'en faire ». Cependant MM. Lesage et Bauman décrivent chez l'enfant une forme légère caractérisée par des douleurs iliaques ou pubiennes, une hypersthésie cutanée, un tympanisme caecal avec ballonnement localisé et des troubles gastro-intestinaux légers. Dans nos observations XXXIII-XCIV-LVII, nous signalons des cas de voiles membraneux péricoliques pathogènes dès l'adolescence, et des coudures iléales pathogènes à 13 ans (Obs. XXIII).

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Il n'y a pas de signe clinique qui puisse faire poser le diagnostic positif de péri-iléocolite. Ce diagnostic se dégage d'un faisceau de symptomes, que l'interrogatoire précis et un examen minutieux ont permis de constituer.

Même posé cliniquement, il doit demander à la radiologie « anatomie vivante » (Leveuf), des renseignements supplémentaires et en particulier une précision du territoire atteint, que seule elle peut donner. La radiologie, la seule manière que l'on ait de voir les organes tels qu'ils sont, est un complément d'examen absolument indispensable, surtout utile dans l'établissement du bilan des lésions.

RADIOLOGIE. — Volontairement, nous en avons très peu parlé jusqu'ici, afin d'en faire un chapitre spécial.

Il ne faut pas demander à la radiologie de « donner » plus qu'elle ne peut. Les radiologistes rencontrent dans leurs examens des difficultés semblables à celles que nous rencontrons en clinique, et il ne faut pas leur reprocher des examens incomplets, pour lesquels on leur a laissé toute la direction. On doit non seulement préciser les modalités de l'examen, mais le plus possible, assister à l'examen radioscopique. Des erreurs lourdes sont commises sur des compte-rendus radiologiques trop vite interprétés.

Il faut savoir et vouloir qu'un examen radiologique du tube digestif soit complet, dépassant largement le territoire sur lequel on désire être renseigné, fait dans les conditions de vie normale du sujet, avec des séances répétées dans une première journée, et renouvelées le lendemain, si cela devient nécessaire, et que cet examen doit porter à la fois sur la nature des réactions iléo-coliques et sur les caractères anatomiques de ce segment.

Ces précautions ne sont pas inutiles, quand on songe aux difficultés résultant de la superposition des ombres, de la compensation de certains segments du tube digestif pouvant accaparer l'attention, de la variabilité du transit et des réactions intestinales à des examens différents, de la mobilité des segments intestinaux malgré des adhérences, de la notion acquise que les interventions montrent souvent plus que ne laissait supposer la radiologie, enfin du caractère parfois paradoxal des localisations douloureuses sous l'écran.

Méthodes d'examen. — L'examen devra être fait par repas bismuthé et lavement bismuthé.

Repas bismuthé. — Il a l'avantage d'être plus complet et de mieux renseigner sur les réactions physiologiques du segment intéressé.

On peut soit employer la méthode des trois repas pris la veille (1), soit un seul repas de 200 grammes de sulfate de baryte (Mercier). La veille de l'examen, le malade mènera le même genre de vie.

L'examen a lieu le lendemain à 9 heures, à jeun. Auparavant on donnera un nouveau repas afin d'étudier l'estomac et le duodénum. Nous avons vu la fréquence des manifestations gastriques, on conçoit tout l'intérêt qu'il y a à être renseigné sur l'anatomie de l'estomac, ses rapports avec le cadre colique, l'efficacité de ses contractions, la perméabilité du pylore, la rapidité de son évacuation, la forme du bulbe, la forme du duodénum et la possibilité de stase gastro-duodénale.

Normalement, vers 9 heures, la moitié droite du côlon est occupée par le repas bismuthé, réserves faites d'un obstacle en amont. On peut alors étudier en position debout — la seule qui respecte la topographie et la statique du segment à vérifier, la seule qui devrait permettre les conclusions se rapprochant le plus de la vérité — la situation du côlon proximal, sa forme, les modifications de son calibre, ses dimensions, sa direction, sa mobilité, sa sensibilité, le siège exact des points douloureux. Une radiographie faite à ce moment là, fixera définitivement l'état anatomique du côlon droit.

Le côlon ascendant se vide de la douzième à la quinzième heure,

(1) Procédé surtout utile quand on veut étudier les rapports de l'estomac et du gros intestin. On divise 200 grammes de gélobarine en trois partie. La première est prise à 16 heures dans de la farine de maïs, la deuxième à 20 heures dans le potage, la troisième à 24 heures, dans une bouillie de farine de maïs sucrée.

il sera donc nécessaire, pour étudier le transit, de revoir le malade 24 heures après, en étudiant simultanément le passage de la tête et de la queue du repas opaque. A ce moment, dans des conditions normales, tout doit être passé dans le côlon descendant — le côlon

Fig. 9. — Transit à la onzième heure. Sujet debout. Stase iléale par bride sous-caecale. Périty phlite membraneuse.
(In Rapport Lardennois au XXXVI[e] Congrès Français de Chirurgie)

sigmoïde étant supposé normal — la persistance dans le côlon proximal du repas alors que le côlon transverse est vide permet de conclure à la stase. Celle-ci devra être vérifiée à nouveau, 36 heures après, pour l'affirmer (Mercier). On a signalé des cas de stase de 65 heures (Hadges cité par de Martel et Antoine).

Le lavement bismuthé. — Il ne doit être utilisé qu'après le repas opaque, et surtout dans les cas où l'on désire bien connaître l'anatomie du segment intéressé. De Quervain considère que cette méthode donne un aspect du gros intestin, qui n'est que la « caricature » de la réalité ; de fait on n'a l'image du gros intestin qu'en position couchée.

Résultats. — Les résultats publiés n'aboutissent pas toujours aux mêmes conclusions.

a) A propos des coudures iléales, Jordan le radiographe de Lane, a montré nettement les déformations iléales en « fer à cheval » ouvert en bas, la branche interne accolée au caecum. Il conclut à une stase iléale, si on retrouve la baryte dans l'iléon dix à vingt heures après l'absorption. Joulia signale l'élargissement des anses intesti-

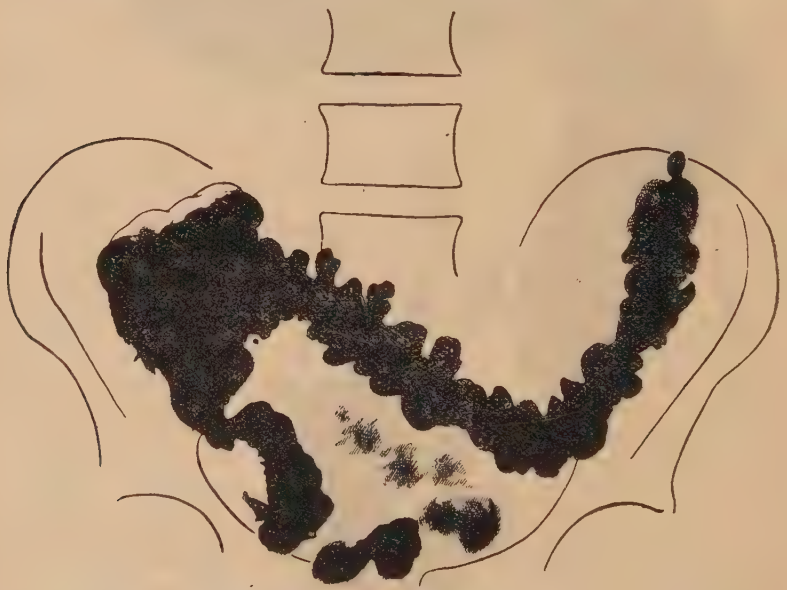

Fig. 10. — Transit à la onzième heure. Sujet couché. La tête du repas opaque atteint l'angle splénique mais la queue du repas stagne dans les anses grêles. Brides sous-iléale et adhérences iléo-appendiculaires.
(In Rapport Lardennois au XXXVIe Congrès Francais de Chirurgie)

nales en forme d'ombres allongées, ou en forme de cavités ampullaires remplies de gaz et de liquide. M. Lardennois insiste sur l'importance de l'étude de la queue du repas (voy. fig. 10). Dans certains cas à la onzième heure, le repas atteint l'angle splénique et il persiste encore du repas opaque dans les anses grêles.

b) En cas de pérityphlite, le caecum apparait fixé, de mobilisation difficile et douloureuse, « d'aspect quadrillé, déchiqueté, avec bords indécis » (Joulia), d'aspect bulbeux (voy. fig. 9), barré par des brides, d'évacuation lente et retardée. On devra aussi chercher à voir l'état de l'appendice et la suffisance de la valvule iléo-caecale. Guénaux et Vassel ont décrit dans trois cas, un aspect lacunaire de la région

Fig. 11. — Transit à la onzième heure. Sujet couché. Péricolite serrée sous-angulaire droite.
(In Rapport Lardennois au XXXVIe Congrès Francais de Chirurgie)

iléo-caecale au cours des péricolites, et ils attribuent ces déformations en partie au spasme. On conçoit l'utilité de cette notion dans le diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes du caecum.

c) La radiologie des formations péricoliques a été surtout étudiée à propos de la péricolite membraneuse. Duval et Roux au cours de lavement bismuthé, notent un temps d'arrêt au niveau de l'angle colique et l'immobilité du caecum, qui apparait barré par des brides plus évidentes en position debout. Cependant Delbet, Cunéo, Aubourg insistent sur ce que la mobilité du caecum peut coexister avec une péricolite. Leveuf cite les déformations précisées par Aubourg consistant en «aspect piqueté, aspect en damier ». Joulia (1926) donne les conclusions suivantes : après repas opaque, retard très prononcé du remplissage du côlon, le bol n'atteint l'angle hépatique que vers la douzième heure, le côlon ascendant prend la forme de « massue » à grosse extrémité inférieure, stase iléale consécutive.

Les plissements séreux membraniformes donnent des images caeco colique fixes, la paroi externe semble presque rectiligne et montre moins nettement les bosselures coliques. Retard du transit digestif appréciable.

d) La péricolite de l'angle hépatique (voy. fig. 11) se caractérise par : aspect dilaté de tout le côlon ascendant, possibilité de stase iléale, progression lente du bol, et mobilité respiratoire de l'angle traduisant une adhérence hépato-colique (Joulia).

Dans les cas d'adhérences en « canons de fusil », il faut s'arrêter surtout sur les cas d'accolements irréductibles, où tout essai de réduction est douloureux et où le retard du transit est accentué.

Telles sont les données radiologiques des péricolites. Quand elles existent, elles confirment un diagnostic, mais leur absence ne permet pas d'éliminer complètement la notion de formations péri-iléocoliques.

EXAMEN DU SANG. — Dans quelques cas l'examen du sang a pu permettre un diagnostic en faveur de la péricolite. Une légère réaction avec leucocytose et mononucléose peut traduire une réaction inflammatoire de la muqueuse colique (Enriquez, Antoine, Gasperin). Une formule normale appartient plus vraisemblablement à une formation péricolique qu'à une appendicite ou une typhlocolite.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

C'est parce qu'on y pense, qu'on en a vu, qu'on en a l'expérience qu'on fait le diagnostic de péricolite, sinon il est une foule d'autres

diagnostics quotidiennement faits, et avec lesquels on peut le confondre. Cependant ceux-ci ont des signes assez précis, ce qui permet de les distinguer.

Une exacte connaissance des autres affections qui simulent les péricolites est donc nécessaire.

De toutes ces affections l'appendicite dite chronique est celle qui se taille la plus belle part.

a) **Appendicite chronique.** — Très fréquente pour certains, d'autres vont jusqu'à la nier (meeting de l'American medical association en 1923). Nous ne discutons pas son existence, tous les chirurgiens ont des malades qu'ils ont opérés pour ce diagnostic et qu'ils ont guéris. Cependant trop souvent on pose le diagnostic d'appendicite chronique alors qu'il s'agit de péricolite ; souvent aussi péricolite et appendicite chronique coexistent et l'erreur consiste à ne pas voir et à ne pas traiter la péricolite. L'examen des statistiques publiées montre qu'un bon tiers seulement des affections diagnostiquées « appendicite chronique » ont été vérifiées à l'intervention. Depuis longtemps Dieulafoy affirmait que « *nombre de malades sont opérés d'appendicectomie pour une appendicite qu'ils n'ont pas* ».

« *L'appendicite chronique a une personnalité clinique plutôt qu'histologique* » disait Silhol en 1911. Plus tard Bérard et Vignard (1914) ajoutaient : « *Si l'on s'en tenait aux simples données de l'examen anatomique, peu de sujets devraient logiquement échapper à l'appendicectomie pour appendicite chronique* ».

Williams et Stater en 1919 examinant 500 appendices au cours de laparatomies trouvent dans 1/5 des cas des lésions dites d'appendicite (adhérences, voiles, infiammation) alors que les malades ne présentaient pas de syndromes d'appendicite chronique.

Enriquez, en 1920, déclare que 25 % environ d'appendicectomisés ne sont pas guéris, et il trace le tableau des sequelles de l'appendicectomie. Lichty (1922), déclare le chiffre de 40 %.

De Martel et Antoine (1922), sur 124 syndromes douloureux de la fosse iliaque droite, retrouvent 40 % d'appendicites chroniques et 47 cas de faits de péri-iléocolites.

Coffey (1923), pense que beaucoup d'appendicites chroniques sinon la plupart, n'ont aucune lésion organique et que dans la majorité des cas il s'agit de côlons ascendants mal fixés.

Melchior (1923), oppose les 95 % de guérisons dans l'appendicite aigue au 60 % dans l'appendicite chronique.

Lower et Jones (1923), insistent sur ce que l'appendicite chronique est plus fréquente chez les femmes, alors que l'appendicite aigue est plus fréquente chez l'homme.

Guillaume (1924), dit que l'appendicite chronique ne fait pas habituellement le lit de l'appendicite aigue.

Oltramarre (de Genève), au récent Congrès de Chirurgie disait : « *Il n'y a pas d'appendicite chronique anatomique mais il y a des appendicites anciennes* (50 % des cas de dextriliacalgie). Walther fit alors remarquer que le terme chronique était peut être mauvais et qu'il valait mieux dire : appendicite torpide.

Cliniquement on a mis une telle foule de symptomes sur le compte de l'appendicite chronique que cela parait exagéré. Il est vraisemblable que dans plus d'un cas, les troubles envisagés dépendent d'épiploo-péricolites simples, ou elles-mêmes compliquées.

Toute appendicite chronique anormale doit éveiller l'idée de péricolite.

En faveur de l'appendicite chronique, les douleurs surviennent par crises, les troubles digestifs, la céphalée et la constipation sont fréquents. A l'examen la douleur est nettement limitée au niveau des différents points classiques. La radiologie montre la fixité de l'appendice, la douleur limitée à cet organe, la stase appendiculaire. Enfin, à l'examen du sang, il y a presque toujours une leucocytose légère.

Même dans les cas qui semblent typiques, on ne devra considérer l'intervention comme complète, que si l'on s'astreint comme on l'a conseillé depuis longtemps à examiner l'iléon terminal, le côlon ascendant, l'épiploon et à traiter les lésions constatées.

b) **Les Typhlocolites.** — Ne doivent pas être confondues avec les péricolites qu'elles peuvent précéder ou compliquer. Après les plaidoyers de Damaschino, Dieulafoy, Mathieu, de Quervain, Bérard, Vignard, Fahr, la colotyphlite détrônée par l'appendicite reprend sa place, et M. A. G. Guillaume en 1924 en fait une étude d'ensemble très complète.

Cliniquement le syndrome reste le même quel que soit son étiologie (Lockart-Mummery) ; il a une allure atténuée, caractérisé par des douleurs sans crises violentes, étendues à toute la fosse iliaque droite, s'exagérant facilement à la moindre perturbation dans le régime ou dans la vie des malades, les digestions sont difficiles, les

selles fétides, tantôt très dures, tantôt pâteuses et recouvertes de mucus. Les réactions d'ordre général et la température sont de règle comme Marre l'a bien montré.

Ces colotyphlites peuvent se compliquer de périyphlites aigues et de périty phlites adhésives, réalisant les plissements séreux déjà vus, lesquels maintiennent et aggravent l'état de colite par la stase qui s'ensuit. De médicales qu'elles étaient, les colotyphlites risquent alors de devenir chirurgicales. Mais dans ce cas, le traitement chirurgical ne s'adresse qu'à la péricolite, complication d'une colite, laquelle relève toujours du traitement médical. En présence de colites, il faut toujours penser aux colites parasitaires et rechercher les lamblia, les amibes, les ascaris, ce qui dirigera mieux le traitement médical.

c) **Le caecum mobile,** entrevu par Avery (1850) et Haberson (1857), fut surtout étudié et décrit par Wilms (1908) et ses élèves pour expliquer une série de syndromes douloureux de la fosse iliaque droite que l'appendicectomie ne guérissait pas.

Cependant Wilms, en 1911, revoyant les résultats des malades opérés depuis 1908 dit que la mobilité du caecum est peu importante, comparée au spasme siégeant à l'angle sous-hépatique. En 1912, il abandonne comme traitement la fixation du caecum qu'il avait proposée. En 1920 Waugh reprend la question, décrite une série de formes cliniques dûes à la mobilité du caecum, avance que les mauvais résultats sont dûs à des fixations incomplètes, et propose de fixer le côlon dans un sac pariétal, préalablement préparé, ce qui lui a donné des résultats satisfaisants.

En 1921, MM. Duval et Grégoire, publient aussi de bons résultats, obtenus par leur technique spéciale de fixation « en équerre » du côlon droit.

Coffey (1923) admet que les caecums très libres ne deviennent pathogènes que s'ils sont ptosés, et que les côlons ascendants complètement libres sont toujours mal tolérés. Pour lui, la moitié des malades consultant pour des dextriacalgies n'ont aucune lésion organique typique, mais présentent seulement une mauvaise fixation du côlon proximal.

Par ailleurs Beclère et Meriel, Hurst en 1919, et de Quervain en 1923, ne reconnaissent pas la stase dûe au caecum mobile, à moins de volvulus partiel. Il est difficile de se faire une opinion exacte quant au rôle pathogène du côlon mobile. Il semble vraisemblable d'admettre

qu'un côlon droit mal fixé peut être gêné pour faire avancer le chyme dans un sens contraire à la pesanteur. Quant au caecum mobile, il a une tendance naturelle à la ptose, et nous pensons que c'est à ce moment seulement qu'il devient douloureux en tiraillant sur ses attaches péritonéales, et en particulier sur une membrane péricolique quand elle existe.

C'est un diagnostic qui ne doit être fait qu'après examen radiologique complet, par repas et lavement bismuthé en position debout et couchée. Un caecum mobile pathogène, légitime l'intervention, laquelle devra être complétée par un examen du segment iléo-colique, qui parfois montrera la véritable cause des douleurs attribuées à la mobilité anormale.

d) **Le spasme simple de l'iléon.** — M. de Martel rapporte deux observations. En fait, seule celle de Bensande, Guenaux et Constanti possède une valeur puisque elle fut vérifiée à l'intervention qui révéla à 4 centimètres de l'angle iléo-caecal, un anneau de contraction, non scléreux mais persistant.

Nous avons systématiquement examiné l'iléon terminal au cours de nos laparatomies, et nous n'avons jamais constaté cet anneau isolé.

e) **L'insuffisance de la valvule iléo-caecale.** — Cette valvule est comme une sorte de « deuxième pylore » à traverser, et c'est justement que l'on peut s'étonner de ne pas la voir plus fréquemment occasionner des troubles. Cependant MM. de Martel et Antoine font justement remarquer qu'expérimentalement la valvule est insuffisante à s'opposer au reflux de liquide (50 % des cas) et des gaz (30 à 40 % des cas).

Au XXXVI[e] Congrès de chirurgie, Danis (de Bruxelles), admet l'insuffisance de la valvule dans la genèse de la stase iléale, et il propose, au cours d'interventions, de refaire la valvule par le procédé de Kellog, ou simplement par plicature pariétale.

f) **Autres causes de stase intestinale.** — Souvent on établit, après examen clinique et radiologique, qu'il s'agit de stase prédominant sur le segment iléo-colique. Cependant, il faut savoir qu'elle peut être le fait de dyschésie avec répercussion sur le segment intestinal en amont. La distinction entre la stase proximale et la stase terminale est capitale, car elles présentent un pronostic et une thérapeutique essentiellement différents.

La stase peut être aussi le fait de :

1° *Péricolite de l'angle gauche*, grave du fait de la coudure déjà accentuée de l'angle gauche et de la ptose fréquente du transverse. Elle réalise un tableau où prédomine la douleur pongitive, sous les fausses côtes, irradiant en arrière, s'exagérant à l'occasion d'aérocolie, cédant par le décubitus et se terminant souvent par une émission abondante de gaz.

L'examen radiologique est indispensable pour préciser cet obstacle qui peut réaliser une stase colo-transverse.

2° *Péricolite descendante et périsigmoïdite chronique.* — Dans ces cas, l'affection peut entraîner une stase droite, qui peut dominer le tableau clinique et inciter à une intervention localisée à droite. L'interrogatoire montre que longtemps c'est la fosse iliaque gauche qui a été douloureuse et que la constipation date de cette époque. La radiologie en général permet de reconnaître la modification du côlon gauche.

3° En cas de stase, il faut aussi penser à l'existence de troubles neuro-végétatifs facteurs d'atonie caecale, et aux constipations chroniques chez les spasmodiques intestinaux. Ce sont là des diagnostics plus difficiles. Cependant il faut y songer attentivement, car chez ces malades opérés avec la conviction qu'ils vont guérir, les résultats médiocres d'une intervention les découragent et aggravent leur état.

g) **Autres causes de douleurs.** — Dans les cas de péricolites à forme douloureuse, il faudra songer à les différencier d'accidents qui peuvent les simuler.

Telles sont :

1° *Les affections génitales* chez la femme, et en particulier les salpingo-ovarites droites qui se reconnaissent assez facilement, encore faut-il faire la réserve, de péricolites droites à la suite de salpingo-ovarites (Pouliot).

Von Eick signale des points douloureux de la région appendiculaire, aux cours de dysménorrhées et Soupault au cours des règles. Dalche, Laquerrière et Delherm signalent des spasmes intestinaux et coliques au cours de certaines lésions utérines.

2° Les affections vésiculaires seront dans une certaine mesure assez facilement distinguées d'une dextriliacalgie, mais en cas de péricolites de l'angle hépatique, les difficultés sont sérieuses au

point que l'examen complet clinique et radiologique ne donne pas toujours la clef du diagnostic.

La difficulté tient aussi au fait de péri-angulocolites succédant à des cholécystites.

3° *Les affections gastriques*, organiques ont une symptomatologie spéciale. L'erreur commise souvent, en présence de troubles gastriques dûs à une péri-iléocolite, est de ne pas songer à la péricolite. « Beaucoup d'ulcères de l'estomac sont à l'appendice » (Gosset) nous pourrions en étendant la formule, ajouter, aux péri-iléocolites et spécialement aux brides iléales.

4° **Les affections réno-urétérales** droites peuvent aussi simuler une péricolite. La radiologie de l'arbre urinaire est de la plus grande utilité dans les cas vraiment difficiles. En cas de pyélonéphrite il faudra penser au syndrome entéro-rénal.

h) Formes tumorales. — Dans les péricolites en général et dans celles à formes tumorales en particulier, il faut songer à éliminer :

1° La tuberculose iléo-caecale surtout au début. Ce qui peut être très difficile.

2° Le cancer du caecum qui survient généralement chez l'homme et à un âge avancé.

3° Les tumeurs inflammatoires d'origine appendiculaire.

4° La présence anormale, dans la fosse iliaque droite, de tumeurs rénales descendues de l'hypocondre, ou de tumeurs génitales remontées de la cavité pelvienne.

Dans tous ces cas ou bien le diagnostic est facile, ou bien il est hérissé de difficultés, et il faut se souvenir que toute tumeur de l'hypocondre ou de la fosse iliaque droite, d'évolution chronique, légitime l'intervention pour laquelle il faudra être préparé à toutes les éventualités.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Pratiquement il est difficile de poser le diagnostic de péricolites. Dans les cas ou on le supposera, il faudra rétablir par l'interrogatoire la filiation des faits, ce qui dans certains cas, permettra d'établir la nature, la cause, et le siège de la péricolite. Il faut avoir présent à l'esprit au moment ou l'on intervient, le bilan des trou-

bles accusés par le malade, car dans ces cas bien étudiés, on saura où porter son attention au cours de l'intervention, et on verra dans les cas complexes de péricolites étendues, quelle est la partie vraiment pathogène.

Nous avons vu, par exemple, de nombreux cas d'associations de formations péri-iléocoliques entre elles, ou avec des lésions plus ou moins voisines. Dans ce cas, une fois la laparatomie pratiquée, on est dérouté par l'abondance de formations anormales, au point qu'on ne sait pas toujours quel est l'organe qui souffre, et quelle est l'ampleur du travail à effectuer. Vouloir tout traiter chirurgicalement c'est souvent dépasser la juste mesure, vouloir limiter son effort c'est souvent difficile, d'autant plus qu'on risque par cette attitude de ne pas toucher à la formation vraiment pathogène. On comprend dans ce cas tout l'intérêt qu'il y a « à bien connaître son malade ».

DIAGNOSTIC D'OPÉRABILITÉ

Toutes les formations péricoliques ne relèvent pas du traitement chirurgical, et les indications opératoires ne sont pas unanimement posées.

Toutes les dextriliacalgies, toutes les stases intestinales, ne demandent pas une intervention, et on peut poser en principe que c'est de l'inefficacité d'un traitement médical bien observé, que dérive la véritable indication opératoire.

En fait, s'il ne faut pas se presser d'opérer une douleur persistante ou une stase au début, il faut savoir qu'il n'y a pas avantages à atteindre les dégâts provoqués par une péricolite douloureuse ou stasique. Si l'on doit, en présence des troubles que nous avons décrit, et en raison des incertitudes du diagnostic, instituer toujours et d'abord un traitement médical, on ne doit pas le prolonger longtemps, sous prétexte de rémissions passagères.

Il faut être pénétré de l'idée qu'à une indication opératoire précoce est liée une intervention chirurgicale relativement simple, dite de libération, qu'à une indication tardive est liée une intervention plus sérieuse de dérivation ou d'exérèse chez un malade plus fatigué.

LES PÉRI-ILÉOCOLITES POST-OPÉRATOIRES

Il faut distinguer les formations péri-iléocoliques qui sont le résultat immédiat de l'acte opératoire, et celles qui existant avant l'intervention ne deviennent pathogènes qu'après l'opération.

Quelquefois au cours d'une intervention chirurgicale, on ne se rend pas compte de l'existence d'une membrane péricolique — qui peut être la cause des troubles pour lesquels on opère — ou bien l'ayant vu, on ne tente rien chirurgicalement contre elle. C'est le cas d'appendicectomies faites pour une dextriliacalgie relevant d'une péricolite. Dans ce cas, on conçoit que les troubles persistent et même qu'ils s'exagèrent, le traumatisme opératoire étant moins bien toléré par les membranes friables péricoliques.

C'est dans cet ordre d'idée qu'il faut signaler les péricolites compliquant une appendicite, une colite, une salpingite, etc..., etc..., et où l'ablation de l'organe malade ne suffit pas à guérir la péricolite qui peut continuer d'évoluer isolément. Mais dans ce cas, il ne s'agit pas à proprement parler, de péri-iléocolites post opératoires.

Dans d'autres cas, à la suite d'une intervention, des troubles apparaissent qui ne sont ni la persistance ni l'exagération des troubles qui ont décidé de l'opération ; il peut s'agir alors de formations rendues pathogènes par le traumatisme opératoire, ou bien ce qu'on a communément appelé les adhérences post-opératoires, où épiploïtes et péri-iléocolites coexistent. Ce sont ces dernières formations que nous aurons surtout en vue. On conçoit que les péricolites pathogènes qui ont fait errer le diagnostic et le traitement, ou, que les formations péricoliques tolérées et rendues pathogènes après une opération, ont l'allure clinique que nous leur connaissons déjà.

Pour réduire les possibilités d'opérations non suivies d'amélioration, et quelquefois d'aggravation de l'état préopératoire, il faut s'imposer au cours de toutes les laparotomies et particulièrement au cours de celles faites pour une affection du tube digestif, d'examiner

les régions où peuvent se développer les formations peri-iléocoliques pathogènes, et de traiter ces dernières.

Nous sommes convaincus que certaines formations péricoliques sont bien tolérées, mais que beaucoup, par leur friabilité, leur vascularisation insuffisante, leur adaptation peut être moins nette que le reste du périoine au rôle de défense, constituent un terrain anatomique favorable au développement de formations pathogènes lors d'un traumatisme opératoire.

Les travaux de Walther ne permettent plus de doute sur l'existence des épiploïtes et en particulier des épiploïtes post opératoires. Pourquoi refuserait-on alors à une membrane de Jackson — qui anatomiquement présente des caractères communs avec le grand épiploon — de subir une atteinte analogue à celle de l'épiploon ?

ÉTIOLOGIE (1)

I. **CAUSES PREDISPOSANTES.** — La notion de « terrain » s'impose. Tous les chirurgiens qui ont vu des adhérences post opératoires, ne peuvent contester qu'après certaines interventions importantes la cavité péritonéale reste pratiquement libre d'adhérences ; qu'au contraire après une simple appendicectomie, il peut se développer une périviscérite adhésive à tendance envahissante. Cette notion de terrain est vraisemblablement elle-même régie par certaines conditions qu'il est cependant difficile de préciser. Nous croyons qu'elle ne suppose pas un état définitif, que certains individus ne sont pas « marqués » pour faire obligatoirement des adhérences, mais qu'ils les font à l'occasion d'une modification passagère de leur état. Sinon la chirurgie des adhérences serait illusoire, voire même illogique, et il ne serait pas facile d'expliquer qu'après certaines libérations d'adhérences on enregistre des succès, et qu'au cours de certaines réinterventions on puisse constater une amélioration considérable des adhérences. La régression de certaines adhérences admise par la plupart des chirurgiens suppose bien un état transitoire dans le terrain. Ce sont donc les causes qui modifient passagèrement la séreuse périto-

(1) Nous ne nous occupons que des adhérences réparties le long du segment iléocolique, les plus fréquentes, mais il est entendu que cette localisation peut coexister avec des adhérences post-opératoires siégeant en d'autres endroits.

néale qu'il serait utile de connaître pour établir sur des bases sûres une prophylaxie des adhérences.

L'interrogatoire de nos malades ne nous a pas permis d'incriminer nettement une cause ; cependant chez tous les opérés pour « adhérences », nous retrouvons dans les suites de la première opération le symptôme : constipation. Il semble être facteur, de modifications de l'exsudat péritonéal lesquelles sembleraient être une cause prédisposante dans la formation des adhérences. Nous rappelons à ce sujet les expériences de Walker et Ross reproduisant les adhérences, en gênant le cours des matières par un lien sur le côlon pelvien.

M. Lardennois insiste beaucoup sur les colites existant avant les opérations ; « l'inflammation subaigue ou chronique des colites, les irritations et les résorptions toxi-infectieuses de la stase, doivent être considérées comme les agents provocateurs habituels de la péricolite post-opératoire. On a parfois la révélation évidente de cette menace au cours d'une intervention, quand on trouve un segment colique, le plus souvent un caecum, congestif, saignant, au moindre contact ou s'infiltrant d'écchymoses, œdématié, poisseux, gluant, collant immédiatement aux compresses et aux champs. On conçoit alors la facilité d'une réaction post-opératoire adhésive ». (Lardennois). Nous avons vu que spontanément les colites pouvaient déterminer des péricolites, on conçoit que le traumatisme peut hâter leur apparition, il faut donc avoir soin de les soigner avant toute intervention. Notons qu'une typhlocolite peut être prise pour une appendicite et on conçoit mieux que dans ces erreurs le traumatisme opératoire déclanche les adhérences.

C'est une vérité admise aujourd'hui que les interventions à «chaud » laissent des modifications du péritoine sous forme d'adhérences. Un état inflammatoire — même réduit — peut ainsi expliquer le dévelopement d'adhérences après un acte opératoire, et la conclusion pratique à en tirer — déjà bien connue — est que si l'on n'est pas obligé d'intervenir « à chaud » il faut attendre un refroidissement des plus complets. On ne refroidit jamais assez, quand on pense que 3 et 4 mois après une crise d'appendicite aigue et malgré deux ou trois semaines d'apyrexie, on trouve encore des traces d'inflammation péritonéale, qui peuvent s'organiser d'autant plus facilement que le traumatisme est plus important.

Les chirurgiens connaissent cet état particulier du péritoine, qui colle facilement grâce à un exsudat poisseaux; de cet exsudat agglutinatif à l'adhérence, il n'y a qu'un degré que le traumatisme se charge de faire franchir. Nous avons essayé en vain de retrouver les raisons de cette modification collagène, mais les ouvrages consultés à ce sujet ne les mentionnent pas. Nous avons cependant remarqué, l'état légèrement poisseux du péritoine pelvien chez les femmes dans les jours qui précèdent les règles, et il semble que ce soit la congestion pelvienne, qui provoque cette modification. D'ailleurs, les chirurgiens connaissent les adhérences importantes par accolements de séreuse à séreuse, chez les malades qui ont subi des séances radiothérapiques, et il semble que ces irradiations agissent précisément en congestionnant les tissus. Ces notions peuvent être utiles pour aider à éclairer la pathogénie des adhérences post-opératoires.

Ces causes prédisposantes « jouent » assez souvent, « quoiqu'on fasse » et on conçoit que dans ces circonstances en dépit du chirurgien et de sa prudence, les adhérences se développent.

II. **CAUSES DETERMINANTES.** — Cette notion de « terrain », la colite, l'état poisseux, la friabilité du péritoine expliquent qu'une simple laparatomie avec manipulations d'anses, suffise dans certains cas à provoquer des adhérences.

Dans d'autres cas, c'est l'acte opératoire lui-même en dehors de toutes causes prédisposantes, qui amorce les adhérences, et, dans ce cas, il semble qu'il s'agit de fautes de technique évitables.

Enfin, certaines opérations qui se sont « bien passées », où les manipulations ont été très réduites ou très minutieuses, où « il ne devrait pas y avoir » d'adhérences, sont cependant compliquées d'adhérences. Dans ces cas, il nous semble qu'il s'agit de la qualité ou de la négligence des soins post-opératoires.

Nous allons voir quelles peuvent être les fautes de technique et les fautes des soins post-opératoires.

a) **Fautes de technique.** — Au cours d'une intervention abdominale, il faudra autant que possible, éviter les manipulations suivantes incriminées comme facteurs d'adhérences :

Incision « sciée » du péritoine pariétal.

Manipulations brutales des anses intestinales et sutrout de l'épiploon.

Abus des antiseptiques.

Exposition prolongée des viscères à l'air.

Contact avec la peau iodée, avec les champs secs.

Epongeage des anses et des mésos avec des compresses trop sèches.

Blessures ou dénudation de l'endothélium péritonéal.

Suintements sanguins dans la cavité péritonéale.

Hématomes sous séreux de l'épiploon et du mésentère.

Ligatures grossières.

Surfaces avivées non enfouies.

Irruption de liquide septique dans la cavité péritonéale.

Drainage (1).

Péritonisations insuffisantes.

Imperfection de la suture du péritoine pariétal au moment de la fermeture de la paroi.

b) **Fautes dans les soins post-opératoires.** — Après l'opération certaines conditions favorisent l'organisation des adhérences dûes au traumatisme, d'autres semblent les créer.

L'immobilité viscérale abdominale est toute propice à l'organisation d'adhérences entre deux surfaces avivées, ou même entre une surface avivée et une surface normale. La diète, la glace sur le ventre, les sédatifs opiacés, les bandages de corps très serrés, la position dorsale prolongée, semblent agir dans ce sens.

Les états de colites qui peuvent précéder l'opération et sont aggravés par elle, ou bien les réactions post-opératoires colitiques — favorisées par les écarts de régime, la constipation, et son traitement parfois intempestif — peuvent déterminer des réactions du péritoine voisin, qui amorcent des adhérences, lesquelles peuvent regresser ou s'organiser. Pour Walther, la plupart des épiploïtes post-opératoires sont dues à une colite persistante. Après chaque laparo-

---

(1) Le principe du drainage abdominal est basé sur l'agglomération des éléments de la cavité abdominale autour de l'élément utilisé à cette fin. C'est donc sur un principe voisin de celui des adhérences qu'il est basé.

Mais il en est de ces adhérences « d'encerclement » comme de celles qui suivent un épisode aigue et il est fréquent de constater qu'elles regressent en grande partie. Dans les cas (mèches ou drainage à la Mickulicz) de drainage de surfaces cruentées l'élément utilisé s'interpose entre une séreuse normale et une séreuse cruentée, empêche l'adhérence facile entre elles, favorise la repéritonisation de la surface cruentée et par ce fait doit être considérée plus comme prophylactique d'adhérence que comme facteur d'adhérence somme on l'a incriminé.

tomie, la manipulation des viscères, crée un état passager d'hyperhémie et d'hyperexsudation réactionnelle de défense (témoin l'état analogue de tous les plans de la paroi que l'on constate à propos de réintervention dans les jours qui suivent une opération) qui souvent disparaît complètement. Dans certains cas, l'oedème sous séreux subit une transformation collagène et fibroplastique par place, — analogue à celle qui se produit dans les épiploïtes endogènes (Rouxlacroix) — qui s'organise en lames avasculaires friables et agglutine les anses.

Les manœuvres chirurgicales agissent surtout, en dénudant ou en traumatisant l'endothélium péritonéal, moins souvent en déterminant une hyperexsudation du liquide péritonéal et sa transformation en liquide collagène. Dans ce dernier cas, il s'agit surtout de l'abus des antiseptiques pendant l'intervention de certains états colitiques pré-opératoires ou de certains états stasiques post-opératoires.

Ces formations peuvent se voir à tous les âges et dans les deux sexes. Cependant, dans l'examen des cas opérés dans le service de M. Lardennois, on note une prédominance nette des femmes adultes entre 25 et 50 ans.

Les péri-iléocolites post-opératoires peuvent se voir après les cholecystectomies et au cours de la plupart des opération de l'étage sous-ombilical. Elles sont surtout fréquentes après certaines appendicectomies. Dans ce dernier cas, il faut distinguer les péricolites préexistantes nocives et indépendantes de l'opération, les formations péricoliques tolérées jusque-là et rendues pathogènes après l'intervention, et les adhérences péri-iléocoliques essentiellement post-opératoires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toutes les formations péri-iléocolitiques déjà décrites peuvent se retrouver ici, persister après l'exèrèse de l'organe qui les a provoquées, et même n'apparaître qu'après cette exèrèse.

Rappelons que certaines membranes du type Jackson peuvent

subir une inflammation qui épaissit la membrane en totalité ou par place. Cet état peut rétrocéder, certaines portions peuvent subir une dégénérescence scléreuse, ce qui aboutit à la formation de brides résistantes toutes prêtes à couder ou à rétrécir un segment intestinal. Nous décrivons surtout les formations qui résultent essentiellement de l'acte opératoire. Elles se résument à quelques types :

I. **ADHÉRENCES DE L'ÉPIPLOON.** — La participation de l'épiploon aux foyers d'adhérences est presque la règle. Tantôt il s'agit d'adhérences d'un épiploon, presque normal, (voy. fig. 3) tantôt l'épiploon a subi une dégénérescence scléro-lipomateuse, qui le transforme en brides, en cordelettes, en bandes très résistances, tantôt il réalise l'épiploïte chronique avec adhérences que nous avons déjà vue.

Les adhérences sont fréquentes au niveau de l'incision pariétale, elles se retrouvent variables à l'infini sur le segment iléo-caeco-colique, et sur le péritoine pariétal de la fosse iliaque et de l'hypocondre.

Suivant leurs dispositions, elles déterminent des coudures par traction, des rétrécissements par croisement, des fusions anormales de segments intestinaux, des torsions chroniques de l'intestin, des agglomérations d'anses.

Quand on intervient pour des adhérences pathogènes, c'est par l'épiploon qu'il convient de commencer la libération, car c'est lui surtout qui modifie à un tel point la cavité abdominale, qu'on comprend que dans certains cas, il semble à certains chirurgiens inutile et même dangereux de faire quoi que ce soit. Et cependant après l'avoir libéré, on est étonné de voir avec quelle facilité on retrouve une disposition anatomique plus claire, ce qui permet de mener à mieux une besogne toujours laborieuse et délicate.

Dans des cas simples, seul l'épiploon est intéressé et facile à libérer. C'est lui qui donne le plus souvent naissance aux brides nocives qui précroisent, tirent, coudent l'intestin, entraînant des rétrécissements. Dans des cas complexes l'épiploon épaissi, scléreux, est à un tel point soudé à l'intestin, qu'il est difficile et parfois dangereux de vouloir l'en séparer.

Au point de vue pratique, il faut retenir que l'épiploon est toujours présent au foyer des adhérences, que c'est lui qui souvent « brouille » la disposition anatomique et que c'est lui qu'il faut d'abord libérer.

II. **ADHÉRENCES ENTRE SURFACES AVIVÉES.** — Cet avivement des surfaces peut aller de la simple « desendothélialisation » à la mise à nu des couches musculo-séreuses en passant par la dépéritonisation.

On n'a nulle peine à concevoir qu'un tel avivement est une adhérence « en puissance ».

Rappelons que deux surfaces péritonéales normales, ne peuvent pas adhérer, même quand elles ont été préalablement fixées par une substance résorbable. Témoins les caecopexies simples et les péritonisations par « côlon-vessie », qu'on retrouve le plus souvent redevenus libres, au cours d'intervention itératives.

Quand une surface avivée se trouve en regard d'un péritoine normal, elle y adhère. Quelquefois un processus de repéritonisation peut survenir qui libère le segment adhérent, plus souvent l'adhérence reste définitive. C'est le cas d'adhérences de caecum ou d'iléon normal, à la face profonde, des cicatrices pariétales.

Quand deux ou plusieurs surfaces avivées se trouvent en rapports étroits, les adhérences sont définitives quoiqu'on fasse. Les surfaces ainsi accolées sans interposition de séreuse, déterminent une union entre les deux circulations capillaires. La cicatrisation se fait par granulation du tissu conjonctif qui réalise une adhérence fibro-cicatricielle sans aucun plan de clivage possible. A la limite de deux surfaces accolées, le péritoine d'une surface rejoint celui de l'autre surface, en passant en pont autour de la zone accolée, solidarisant par discontinuité du péritoine les deux segments en présence.

Ceci explique que la dépéritonisation doit précéder toute fixation chirurgicale d'organe, que toute surface avivée doit être systématiquement réparée si on veut éviter les adhérences, que l'immobilité du segment avivé accélère sa fixation.

Les déformations organiques qui en résultent sont définitives, parfois elles réalisent de telles anomalies de direction ou de calibre, que les troubles qu'elles provoquent ne peuvent guère s'améliorer en dehors d'une tentative chirurgicale.

Il existe parfois des accolements en petites surfaces, susceptibles d'allongement secondaire par traction, réalisant soit des brides quand il s'agit de péritoine pariétal ou épiploïque, soit quand il

s'agit de l'intestin des diverticules dont une libération peu prudente pourrait entraîner l'ouverture.

Signalons la gravité des adhérences entre deux portions avivées du mésentère et le « danger vasculaire » qu'il y aurait — car il n'y a aucun plan de clivage — à tenter une libération.

III. **ADHÉRENCES PAR ACCOLEMENTS DE SURFACES SÉREUSES.** — Elles peuvent résulter d'un processus inflammatoire, et être rencontrées au cours d'une première opération, mais leur aspect est plus net, quand on les observe au cours d'interventions pour libération d'adhérences chroniques.

Leur caractéristique essentielle, est de rester décollables après section de quelques éléments fibreux qui doublent leur bord libre. Elles semblent résulter essentiellement de l'organisation pseudo-membraneuse de l'exsudat péritonéal devenu plus « collant » par sa richesse en fibrine (Katzensein). L'excès de fibrine empêche la résorption de l'exsudat et lui permet ainsi de s'organiser rapidement (Courcieras).

Ces pseudo membranes vélamenteuses, avasculaires, — du moins au début — friables, accolent sans systématisation caecum, anses intestinales et mésentère, réalisant dans les péri-iléotyphlocolites, des agglomérations au niveau de la fosse iliaque et au devant de l'angle sacro-lombaire droit. Cette agglomération contraste le plus souvent avec l'aspect libre du reste de la cavité péritonéale.

L'exsudat peut dans certains cas s'organiser, et se transformer en tractus fibreux, qui réunissent plus solidement les organes, et sont susceptibles de gèner davantage leur fonctionnement.

Au cours des interventions pour adhérences après appendicectomies par exemple dès l'incision médiane sous ombilicale — la plus pratique — on ne trouve aucune adhérence. Il faut soulever fortement la lèvre droite de l'incision pariétale, pour reconnaître cette agglomération au niveau de la fosse iliaque. Les pseudo-voiles dont nous parlions ne deviennent alors évidents, que lorsqu'on écarte deux surfaces accolées.

Très souvent l'accolement se trouve réalisé entre le péritoine pariétal de la fosse iliaque ou de la cavité pelvienne, et les viscères. Dans ce cas, le péritoine pariétal réalise un plissement séreux membraniforme, dessinant une « vague d'assaut » tapissant surtout le

côlon proximal, et qu'on peut libérer facilement à la faveur d'un plan de clivage.

Carnot insiste sur la différence d'aspect des adhérences faites en milieu aseptique et en milieu septique. Les premières sont minces et souples, les secondes sont épaisses, rigides, richement vascularisées, fibreuses, d'aspect cicatriciel, déterminant plus profondément des déformations d'organes et sont donc plus nocives. Les adhérences post-opératoires se développent presque toujours dans un milieu plus ou moins septique, elles présentent donc surtout les caractères correspondants.

Toutes ces formations post-opératoires, peuvent par leur direction, leur croisement, leur résistance, leur étendue ; comprimer, couder, tordre l'intestin, qui apparaît épaissi, tuméfié, rouge et gêner ainsi son fonctionnement. Certaines brides s'implantant fixement en un point, peuvent, à l'occasion des contractions intestinales être tiraillées et provoquer ainsi des douleurs. Une remarque est à faire, c'est la rareté des adhérences entre le moignon appendiculaire et le péritoine pariétal (Delmas).

Très souvent on rencontre des ganglions dans l'angle iléo-caecal, en avant du caecum, ou à distance de lui. Ces ganglions signature de la réaction inflammatoire, seraient la cause de certaines douleurs, (para-appendicite de Quenu) et en particulier le groupe iléo-caecal expliquerait la fixité de la douleur au point de Mac Burney (Jalaguier, de Quervain, Courciéras).

Ces adhérences post-opératoires, d'abord fixées au voisinage de la fosse iliaque droite, peuvent s'étendre à tout l'abdomen, créant une agglomération de toutes les anses intestinales, soudant les viscères, masquant l'intestin, déformant complètement la disposition anatomique normale. Elles réalisent ce que Karewski dès 1902, qualifiait de péritonite adhésive diffuse et qu'on appelle aujourd'hui les périviscérites adhésives.

PATHOGÉNIE ET ROLE PATHOGÈNE

Certains points de pathogénie ont été déjà exposés à l'étiologie.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie des adhérences de l'épiploon déjà entrevue à propos des épiploïtes chroniques, ni sur

celle des adhérences fibreuses entre surfaces avivées qui paraît trop évidente pour être discutée.

M. Carnot qui a bien étudié le mécanisme de formation et de lyse des périviscérites s'exprime ainsi : « *l'inflammation de la séreuse se traduit par une proliferation des cellules endothéliales plates qui se soulèvent les unes contre les autres... après le soulèvement et la chute des cellules endothéliales, doivent entrer en jeu l'appel des leucocytes, la diapédèse, la vaso dilatation locale* ». Lorsque l'irritation est plus forte il se produit un exsudat fibrineux, réalisant entre les surfaces séreuses des anastomoses fibrineuses colorables par la thionine et auxquelles se substituent ultérieurement des fibres conjonctives ; enfin « *vers le huitième jour des néo-vaisseaux pénètrent l'adhérence, la nourrissent et lui permettent de s'organiser* » (Carnot).

Nous avons vu certaines des causes qui semblent agir en entraînant une hyperexsudation (colite constipation). Pourquoi cet exsudat devient-il riche en fibrine ? Il est vraisemblable que ce soit là, un réflexe de défense du péritoine contre le traumatisme opératoire.

La formation des adhérences peut être lente et tardive, ou très précoce et suivre de quelques jours l'acte opératoire, comme on peut s'en rendre compte au cours d'opérations itératives. Certaines circonstances — immobilité, infection légère du péritoine, colite — aident à leur persistance, mais spontanément elles peuvent regresser comme Martin, Naegeli, Carnot ont pu s'en rendre compte par le pneumo-péritoine.

Les adhérences post-opératoires sont-elles un processus de défense à respecter ou au contraire sont-elles des séquelles pathogènes qui demandent un traitement? C'est là une question de première importance au point de vue pratique. Notons que toutes les adhérences post-opératoires sont loin d'être toujours mal tolérées. On peut se rendre compte de leur présence fréquente, chez les malades qui subissent une deuxième opération « à distance » de la première, alors que cliniquement elles passaient inaperçues. D'un autre côté, il y a suffisamment de malades, soulagés par une libération d'adhérences à la suite de troubles relevant d'une première opération, pour que le rôle pathogène de ces adhérences ne puisse être pris en considération.

M. Carnot pense que certaines adhérences ont un rôle utile « *car*

elles constituent contre l'infection, contre les pertes de substances une réaction de défense qui calfate l'organisme aminci ou perforé, qui séquestre l'infection ».

Pratiquement certaines adhérences post-opératoires — les fibreuses surtout — sont susceptibles d'entraîner des troubles du transit digestif ou des douleurs.

ÉTUDE CLINIQUE

C'est une erreur de mettre sur le compte d'adhérences post-opératoires les troubles qui suivent une intervention. Quelquefois l'indication opératoire est mal posée (appendicite faite pour troubles relevant d'une péricolite) et on comprend qu'elle ne peut être suivie de succès. Les symptômes accusés par le malade restent alors les mêmes que ceux pour lesquels fut décidée l'opération, et il ne peut être question dans ce cas de troubles dûs à des adhérences.

Nous posons en principe que la persistance ou la reproduction de troubles qui ont nécessité l'opération, constitue le meilleur signe négatif des adhérences post-opératoires. Par contre l'apparition de symptômes qui n'avaient jamais existés avant l'intervention, leurs caractères variables, différents de ceux que l'on rencontre habituellement dans les affections de la fosse iliaque droite, constituent une forte présomption en faveur des adhérences.

Presque toujours dans les adhérences post-opératoires de la fosse iliaque droite, il s'agit de séquelles d'appendicectomies, cependant on peut les voir après des interventions sur les voies biliaires ou sur les annexes droites en particulier.

Les opérés reviennent quelquefois consulter, plusieurs mois après l'opération et il s'agit presque toujours d'accidents douloureux, ou bien longtemps après l'opération, pour un transit digestif troublé.

ACCIDENTS DOULOUREUX. — La douleur est le symptôme dont s'accomodent le moins les malades, c'est elle qui ramène les opérés vers le chirurgien, et toute intervention qui a donné naissance à des troubles douloureux reste souvent dans l'esprit de l'opéré une opération « qui n'a pas réussie ».

Ces douleurs siègent dans la fosse iliaque droite. Elles irradient tantôt vers l'hypocondre et sous les fausses côtes droites, tantôt vers

la face antérieure de la cuisse, le long de la crête iliaque, et le rein droit.

Elles apparaissent sans horaire précis, indépendemment des repas, à l'occasion d'un mouvement, d'un effort, ou d'un changement de position. Leur durée est très variable, quelquefois très courte, quelquefois tenace pendant des heures. Elles sont capricieuses dans leur fréquence, tantôt presque continuelles, tantôt restent plusieurs jours sans apparaître. Certains mouvements, — redressement ou torsion du tronc, mouvements brusques de la cuisse, efforts — les font toujours apparaître, ils sont bien connus du malade qui les évitent soigneusement; d'autres au contraire soulagent la douleur. Cette douleur est comparée à une torsion, un tiraillement, un élancement, une crampe, une tension permanente, aux crises appendiculaires antérieures (récidives appendiculaires fausses de Cochot). Parfois très supportables, elles peuvent devenir très pénibles.

En général elles cessent progressivement, surtout par la position allongée, les cuisses fléchies, et ne s'étant accompagnées le plus souvent d'aucun autre symptôme — ni vomissements ni douleurs — elles laissent le plus souvent derrière elles peu de traces.

La palpation de la région opérée réveille souvent cette douleur et presque toujours la fosse iliaque est très sensible. Il nous a été donné de remarquer, que la douleur apparaissait ou s'exagérait quand palpant la fosse iliaque, la cuisse fléchie à angle droit, on demandait à l'opéré d'étendre assez brusquement la cuisse. Le contraste est net avec la même manœuvre répétée du côté gauche, et, nous pensons que ce symptôme peut aider au diagnostic. Souvent aussi la fosse iliaque est tendue, n'apparaît pas « libre », ne se laisse pas déprimer facilement et contraste aussi par ce fait avec la fosse iliaque gauche.

TROUBLES DU TRANSIT DIGESTIF. — D'autres opérés, reviennent généralement une ou plusieurs années après l'opérations, présentant un syndrome d'obstruction intestinale. Souvent ces opérés furent nettement améliorés dans les mois qui suivirent l'opération, et ils précisent que de nouveaux troubles, qui n'existaient pas avant l'opération, sont apparus, caractérisés au début, par une constipation et des crises douloureuses ; plus tard par un fond de douleurs permanentes avec crises plus vives, constipation opiniâtre et troubles

de l'état général, rappelant assez bien l'allure clinique que nous avons décrit, à propos des péricolites.

Chez ces opérés, l'examen de la fosse iliaque droite révèle souvent un caecum tendu, douloureux, dilaté, gargouillant et quelquefois un gros boudin caecal preuve de la stase intestinale.

La forme douloureuse, en général évolue vers l'exagération dans la fréquence et dans l'intensité des douleurs, au point que les malades acceptent avec « satisfaction » une nouvelle opération qui doit les soulager. La forme obstructive aboutit à cette auto-intoxication d'origine intestinale, sur laquelle nous avons déjà insisté, à moins qu'un épisode d'occlusion aigüe ne vienne en accélérer l'évolution. C'est pourquoi l'apparition de nouveaux troubles localisés au niveau d'une région opérée, ne doit pas être mise facilement sur le compte de troubles d'origine psychique ou de nature analogue, mais doit être pris en considération, traitée d'abord médicalement, et si les résultats se font « trop attendre », il faut persuader les opérés de la nécessité d'une nouvelle opération, avant que n'apparaissent des complications résultant de l'exagération des troubles, ou de l'extension du processus adhésif.

FORMES CLINIQUES (1)

Les formes douloureuses et obstructives groupent la majorité des faits. Flandrin (thèse 1922) rapportant les idées d'Enriquez exposées à l'Académie de Médecine en Mars 1920 décrit quatre formes dans les séquelles de l'appendicectomie :

a) forme rappelant les signes de l'appendicite antérieure,
b) forme dyspeptique,
c) forme caractérisée par des signes d'occlusion du côlon droit,
d) forme anémique.

Cependant quand il étudie la pathogénie de ces séquelles il discute de toutes les causes de dextriliacalgie, y compris l'importante question des formations péricoliques, de telle sorte que ces séquelles groupent les faits d'appendicectomies faites pour appendicites vraies, et ceux d'appendicectomies faites pour fausses appendicites.

---

(1) M. Lardennois rapporte une série de belles observations dans son article sur les périviscérites adhésives de l'abdomen (Journal Médical français de Février 1926).

Nous avons précisé que nous n'envisagions comme véritables péri-iléocolites post-opératoires, que celles dont les troubles sont nettement postérieurs à l'opération et distincts de ceux qui nécessitèrent l'intervention.

Parmi ces formes cliniques, nous relevons :

1° *Formes symptomatiques :*

Dyspeptique;
Bilaire (M. Lardennois);
Cystalgique (Karewski, Guy Laroche);
Migraineuse;
Pseudo-cancéreuse;
Pseudo-tuberculeuse;
Tumorale.

2° *Formes associées de :*

Périduodénite (Lardennois) (1);
Péri-angulo-colite;
Epiploïte chronique (Walther);
Périmétrite.

3° *Formes compliquées de :*

Phénomènes occlusifs (surtout dans les cas d'adhérences iléales);
Stase duodéno-gastrique;
Viscéroptoses (Enriquez);
De troubles psychiques réalisant l'hystéro-neurasthénie par traumatisme interne de Levrey.

4° *Formes anatomiques :*

L'extension du processus adhésif peut aboutir à la périviscérite diffuse « aux symphysés de l'abdmen! », « aux laissés pour compte de la chirurgie ». M. Lardennois signale des cas analogues, à la suite de simples laparatomies exploratrices, d'appendicectomies à froid, de fixation caecale ou colique. Certaines formes anatomiques

(1) M. Lardennois rapporte le cas d'une malade présentant au quatrième mois d'une grossesse, un état alarmant, migraines, nausées, annorexie, amaigrissement progressif asthénie grave. L'examen radiologique révèle surtout des déformations duodénales. Se basant sur une appendicectomie ancienne l'opération consista à libérer l'iléon et le flanc droit de l'utérus d'adhérences anciennes sans toucher au duodénum et le résultat fût parfait.

sont très complexes, déroutent l'opérateur et lui font quelquefois regretter de n'avoir pas été plus tôt interventioniste.

5° Une mention spéciale doit être faite à l'épiploïte post-opératoire qui peut exister isolément, mais le plus souvent s'associe aux formations de péri-iléocolites post-opératoires. Elle doit être connue, car comme le fait remarquer M. Enriquez, elle comprend une partie des appendicectomisés qui continuent de souffrir et pose ainsi le problème étiologique et pathogénique des troubles post-opératoires.

L'épiploïte réalise souvent les douleurs à type de tiraillement, mais elle peut revêtir tous les types cliniques décrits par Walther et ses élèves, et repris par M. Silhol au récent Congrès de Chirurgie.

DIAGNOSTIC

I. Diagnostic positif.

L'apparition de troubles nouveaux au niveau d'une région opérée, ayant des caractères distincts des symptômes classiques, constitue une présomption en faveur du diagnostic d'adhérences post-opératoires.

La radiologie (1) peut aider à ce diagnostic, en précisant les zones douloureuses. Il faudra attacher une importance aux déformations permanentes de la région iléocolique, à la fixité anormale de certains segments intestinaux, malgré les déplacements et les changements d'attitude. Par contre — surtout dans les formes douloureuses — la non existence de fixations et de déformations intestinales radiologiques, ne doit pas éliminer le diagnostic d'adhérences post-opératoires si l'étude clinique les laisse prévoir.

M. Enriquez a isolé deux syndrômes radiologiques à propos de séquelles d'appendicectomies.

Le premier : syndrome inflammatoire, de périviscérite et d'épiploïte avec estomac hypertonique, caecum fixé, stase iléale.

Le second : syndrome ménacique avec signes de ptoses viscérales et de stase intestinale.

---

(1) Nous en avons déjà vu les principes.

II. Diagnostic différentiel.

Il ne faudra pas confondre les troubles dûs aux adhérences, avec les douleurs d'une cicatrice vicieuse ou d'un début d'éventration, et, d'autre part avec les symptômes d'une affection de voisinage, dont l'apparition est postérieure à l'intervention.

Nous rappelons que certaines épiploïtes chroniques décrites par Walther et Haller n'apparaissent qu'après l'appendicectomie et créent des troubles dont la connaissance permettra de les distinguer de ceux des adhérences post-opératoires. Cependant, en cas d'intervention pour adhérences, outre la libération d'adhérences épiploïques, il faut songer à voir l'état de l'épiploon, afin de ne pas laisser évoluer une épiploïte chronique, grave par elle-même et par les péricolites auxquelles elle peut donner naissance.

Enfin, certains cas de formes tumorales peuvent poser le diagnostic avec la tuberculose et le cancer de la région iléo-caecale.

Le diagnostic une fois posé il est difficile de juger de l'état des adhérences, de leur étendue, de leur nature, de leurs caractères. C'est pourquoi il faut avoir présent à l'esprit, au moment où l'on intervient, les troubles ressentis par le malade afin de mieux diriger l'intervention.

TRAITEMENT

Il n'existe pas « un » traitement des péricolites, il y a des cas d'espèce et à chaque cas on doit opposer une thérapeutique spéciale.

Nous étudierons à la fin du chapitre le traitement des péricolites post-opératoires et nous commencerons d'abord, par celui de péricolites en général.

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES PÉRICOLITES

1° Il s'adresse aux sources d'infections chroniques capables de créer des formations péricolitiques.

2° Il vise la destruction des formations de nature congénitale, susceptibles de devenir pathogènes ultérieurement.

I. *Les sources d'infections primitives* — appendicites chroniques, colites, cholécystites, salpingites — *doivent être systématiquement traitées.*

Certaines relèvent du traitement médical qui leur est habituellement appliqué, d'autres du traitement chirurgical qui consiste dans l'exérèse de l'organe malade.

A négliger un traitement médical, à trop temporiser pour une intervention chirurgicale, on contribue à laisser se développer une péricolite, qui expliquera les échecs du traitements médical et les résultats peu satisfaisants de certaines tentatives chirurgicales.

a) *La colite* relève essentiellement du traitement médical, il faut la traiter précocement, sérieusement, avant qu'elle ne provoque la colite pariétale et la péricolite. Elle doit être dépistée avant toute intervention abdominale, car elle implique certaines précautions pré-opératoires et post-opératoires, et une prudence dans les manipulations opératoires.

b) *L'appendicite chronique* a soulevé des problèmes thérapeutiques qui ne sont pas définitivement résolus. Nous avons déjà vu, que certains chirurgiens admettent avec beaucoup de réserves ce diagnostic et la thérapeutique chirurgicale qui leur est appliquée. Ils invoquent les bons résultats du traitement médical dans les syndromes de dextriliacalgie, et les résultats imparfaits de l'appendicectomie — de 25 à 40 % — mais « *pour un mécontent qui va se plaindre de consultation en consultation combien de guéris dont on n'entend plus parler* » (Lardennois).

Certes, on comprend l'efficacité du traité médical des colites. Les prétendues appendicites chroniques guéries médicalement, ne seraient-elles pas simplement des typhlocolites, qui quand elles sont opérées augmentent la proportion des appendicectomisés peu soulagés ?... D'autre part les appendicites torpides, mal soulagées par un traitement médical qui dure depuis des mois, outre le risque de voir survenir un épisode aigu qui obligerait à une intervention à chaud, (1) courent celui de voir se développer un épiploïte ou une péricolite facteur de difficultés opératoires et de résultats imparfaits.

Il faut insister sur le développement de péricolites ou d'épiploïtes au cours de vieilles appendicites, pour comprendre que le meilleur moyen de les éviter, est d'enlever précocement l'appendice jugé malade.

II. — *Faut-il au cours des laparotomies traiter les formations péri-iléocoliques de nature vraisemblablement congénitales ?*

On doit le faire si on a acquis la conviction qu'anatomiquement elles constituent une gêne. En les supprimant systématiquement, c'est un moyen d'éviter qu'elles ne deviennent pathogènes, mais aussi en voulant faire mieux on risque de faire moins bien par le traumatisme inutile qu'on fait subir au côlon et à des formations membraneuses, non pathogènes. C'est pourquoi — vu la fréquence de ces formations — on devrait avant toute intervention sur le tube digestif inférieur, essayer de faire le bilan de l'état du côlon proximal. Ce serait là, une précaution qui permettrait moins d'hésitation au cours de l'intervention.

---

(1) « Même en faisant abstraction des risques accrus, on pourra déplorer de se trouver dans des circonstances défavorables au traitement méthodique des adhérences déjà produite et propices au contraire à la formation de nouvelles. » (Lardennois).

Il ne faut pas, en face des formations péricoliques avoir toujours la même attitude chirurgicale, il est incontestable que beaucoup de membranes péricoliques sont très bien tolérées, et il vaut mieux s'abstenir de toutes manœuvres non essentiellement utiles, si cliniquement elles ne se traduisaient par rien.

Cependant dans certains cas, un repli jusque-là bien toléré, peut être la cause au lendemain d'une opération, de troubles post-opératoires pénibles et quelquefois graves, d'allure occlusive ; c'est surtout le cas des replis de l'iléon terminal qu'il faut systématiquement rechercher au cours des interventions et libérer chaque fois.

TRAITEMENT CURATIF

Ici, nous n'envisageons que les cas de formations pathogènes. C'est un traitement d'autant plus difficile à établir, qu'il n'est pas possible d'incriminer positivement la péricolite dans les troubles accusés par le malade. On ne saurait jamais trop s'entourer de tous les examens, pour se faire une opinion exacte sur la nature vraisemblable de l'affection en cause.

Il ne faut pas remettre à la laparatomie, le soin de révéler la lésion causale, car « le ventre ouvert » il peut être difficile de trouver l'explication des troubles et de faire judicieusement l'acte opératoire utile.

La difficulté du diagnostic clinique et de l'indication opératoire, le manque d'accord entre les chirurgiens sur la véritable utilité de certaines opérations à pratiquer, doivent faire d'abord essayer un traitement médical. Si celui-ci — à supposer qu'il soit bien observé du médecin et du malade — n'entraîne pas d'amélioration manifeste, il ne faut pas tarder à avoir recours au traitement chirurgical dont l'essentielle indication opératoire est tirée de l'inefficacité du traitement médical.

TRAITEMENT MÉDICAL

Dans un certain nombre de cas il suffit à lui seul, dans d'autres cas il doit précéder ou suivre le traitement chirurgical.

Ce traitement vise à faciliter et à régulariser le transit colique, à éviter les causes de douleur, à diminuer la toxicité des résorptions

intestinales — surtout caecales —, et dans une certaine mesure à décongestionner, à faire « fondre » la péricolite, par des moyens physiques. Nous étudierons donc le régime alimentaire, certains principes d'hygiène, les médicaments employés, le traitement physiothérapique.

A) Régime alimentaire.

1° MM. de Martel et Antoine conseillent de supprimer les aliments albuminoïdes (qui se putréfient et augmentent la quantité des produits toxiques) et les légumineux. Ils conseillent au début : pâtes, riz, pommes de terre, potages, farines diverses, beurre, sucre, confitures, compotes de fruits, plus tard, jambons, grillades...

2° Mercier (thèse, 1924) établit un régime basé sur les données de la physiologie du caeco-côlon.

Défendre : asperges, arow-root, bananes, choux, carottes, châtaignes, épinards, fèves, haricots, lentilles, oseille, pois, rhubarbe, salades, topinambours, pain de froment ou de farine de blé, pâtes alimentaires.

Permettre : viande, poissons, lait, beurre, fromages, aubergines, champignons, navets, tomates.

Ce régime s'adresse surtout au cas de stase caecale. Certains aliments devront en plus, être supprimés dans les formes gastriques ou vésiculaires.

B) Principes d'hygiène.

On devra donner aux malades les conseils suivants :

Manger lentement, éviter les fatigues et le surmenage, se reposer après les repas, régularité dans les évacuations intestinales et réponse rapide « à l'appel de la défécation », promenades à pieds, gymnastique suédoise, hydrothérapie, massages, éviter l'accoutumance aux laxatifs et proscrire les purgatifs.

C) Médicamentation.

Contre la douleur spasmodique, la belladone.

Pour faciliter le transit, l'huile de paraffine à prendre de préférence au milieu des repas. Il faut conseiller de lui associer soit des graines de lin, soit de l'agar-agar, pour augmenter le volume des fécès. Jordan conseille de joindre à la paraffine du kaolin colloïdal qui absorberait ou neutraliserait les toxines des bactéries.

En cas de laxatifs il vaut mieux employer le séné qui raccourcit et même supprime le séjour dans le côlon proximal (Magnus).

Pour modifier la flore intestinale, on se trouvera bien des différentes préparations contenant des ferments lactiques, ou bien de lactose. Gaehlinger et Bécart conseillent l'auto-vaccination intestinale par voie buccale avec vaccin bouillon constitué par culture des selles du malade, et isolément des espèces pathogènes.

Tous les cholagogues en stimulant la sécrétion biliaire, favorisent l'antiseptie de l'intestin chez ces malades, où la fonction hépato-biliaire est souvent insuffisante (Glenard).

Contre les adhérences fibreuses on a conseillé la thiosinamine qui par la leucocytose qu'elle entraîne infiltre et ramollit les tissus fibreux.

Loeper vante les bons effets du mésothorium.

Enfin dans les cas d'aérocolie très douloureuse l'emploi du charbon peut, par son pouvoir absorbant, apporter un soulagement.

D) Physiothérapie.

Ne doit être appliquée qu'après refroidissement de la colite.

1° *Massage*, agent très efficace. Les mouvements doivent être lents, vibratoires, indolores, dans le sens du cours des matières.

2° *Gymnastique*, diaphragmatique (Rosenthal) qui assouplit le côlon et stimule son fonctionnement.

3° *Spondylothérapie* (Abrams) surtout au niveau de la onzième apophyse épineuse dorsale et des premières lombaires. Elle agit surtout par rééducation des fonctions évacuatrices du côlon.

4° Les rayons ultra-violets et les rayons infra-rouges ont enregistré des succès.

M. Carnot conseille l'héliothérapie naturelle.

5° La diathermothérapie à de beaux succès à son actif, mais elle compte aussi des échecs (Fraikin, Durand et Nemours).

6° J. Bauman préfère à tous ces moyens, les cataplasmes de boue minérale à 55°.

E) Cures hydrominérales.

Dans certains cas les formes douloureuses des péricolites bénéficieront d'une cure thermale à Plombières, les formes stasiques d'une cure à Châtel-Guyon.

Dans tous les cas, il faut se seuvenir de l'état psychique spécial de ces malades, leur inspirer confiance, les prévenir de la lenteur de la guérison dans ces cas et de la nécessité des soins soutenus.

Tel est le traitement médical. En cas d'insuccès, il ne faut pas insister. On conçoit facilement l'incapacité de ce seul traitement à détruire une formation fibreuse organisée. Il faut donc s'arrêter à temps pour ne pas laisser se développer une péricolite étendue qui compliquera l'intervention chirurgicale.

Dans tous les cas, ce traitement médical bien conduit permettra d'intervenir chirurgicalement dans de meilleures conditions.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est délicat à établir car le rôle pathogène des péricolites n'est pas définitivement fixé.

Nous n'envisageons que le traitement chirurgical des formations supposées responsables des troubles présentés.

SOINS PRÉOPÉRATOIRES

Ils consistent à traiter une colite, à stimuler une fonction hépatique ou rénale déficiente, à faire disparaître toute cause de réaction péritonéale (1). Il faut opérer strictement « à froid » et il n'y a aucun avantage à précipiter l'opération. Le repos prolongé au lit, avec glace sur le ventre, le régime diététique, la régularité des selles, la physiothérapie et toutes les prescriptions du traitement médical déjà vues, sont autant de conditions qui facilitent l'intervention et permettent de meilleurs résultats.

Il faut éviter les purgatifs violents et les grandes irrigations intestinales, cependant il est nécessaire d'opérer sur un intestin parfaitement vide, ce qu'on obtient avec un régime « maigre », associé à des doses importantes de paraffine pendant huit à dix jours.

OPÉRATIONS

Dans la chirurgie des péricolites il est difficile de préciser à

(1) On peut suivre par l'examen du sang, l'existence de réactions inflammatoires.

l'avance l'opération que l'on va pratiquer. Il faut être prêt à toutes les surprises, à faire toutes les interventions, et ne pas être à la merci d'un matériel insuffisant. Ces interventions peuvent être très courtes ou très longues. Même après la laparotomie, la décision est parfois difficile à prendre ; on conçoit donc toute l'utilité de bien « connaître son malade ».

Souvent, le syndrôme rappelle celui de l'appendicite chronique, c'est souvent le diagnostic donné au malade pour lui faire com-

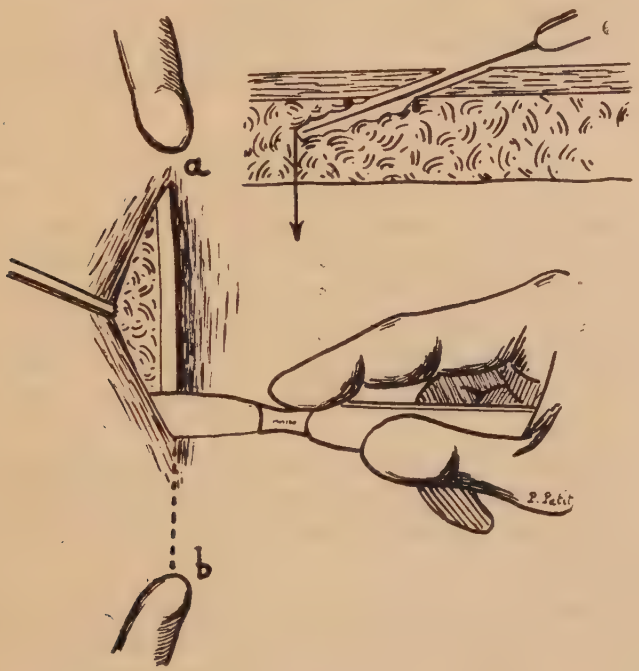

Fig. 12 (demi-schématique). — Incision tangentielle de la peau. Deux doigts tendent la peau aux deux extrémités de la ligne d'incision. Le bistouri tenu comme un trocart est enfoncé horizontalement et avance de *a* en *b*. La lèvre gauche est constituée par le bord de la peau, la lèvre droite par la peau et le plan sous-cutané. En haut coupe démontrant la section cutanée. Au niveau de la flèche on doit continuer l'incision des plans profonds et c'est au niveau des deux points marqués dans le plan sous-cutané que doit se faire le surjet permettant l'affrontement des deux lèvres cutanées taillées en « bec de flûte ». (KRIEF).

prendre la nécessité de l'intervention. Malheureusement, il suppose dans l'esprit des malades, des incisions, dont la petitesse est une des conditions de la valeur chirurgicale.

Or, il faut s'imposer des incisions longues, les seules qui per-

mettent de bien voir, d'examiner complètement le côlon, et de faire ce qu'il faut convenablement.

Voici la technique que nous proposons (1) pour obtenir des cicatrices cutanées satisfaisantes, ce qui permet plus facilement des incisions longues, l'esthétique étant mieux sauvegardée (voy. fig. 12).

Au lieu d'inciser la peau de sa gauche vers sa droite, le bistouri étant enfoncé perpendiculairement, ce qui donne des lèvres cutanées taillées à pic, nous incisons la peau de droite à gauche, le bistouri étant enfoncé horizontalement (2) ce qui donne des lèvres cutanées taillées en « bec de flûte », dont l'affrontement se fait presque spontanément. Voici un exemple à propos des incisions latérales droites pour appendicectomie par exemple.

Il faut reporter l'incision à un centimètre en dehors, par rapport à l'incision habituelle, l'aide tend constamment la peau, en tirant à chaque extrémité de la future incision et suivant l'axe de celle-ci. La pointe du bistouri — laissé à plat —, est enfoncée au point inférieur (3) de l'incision en dedans et légèrement en haut, et sur une distance égale à la moitié de la lame. Puis le bistouri tenu comme un trocart, avance progressivement de sa droite à sa gauche sans à coups. Il est arrêté et retiré à la fin de l'incision toujours horizontalement.

La lèvre externe est immobile, largement constituée par le plan cutané et le plan sous-cutané sans discontinuité, en pente douce, la lèvre interne se rétracte légèrement en dedans, elle ne présente que le bord tranchant de la peau.

On continue l'incision des plans sous-cutané et aponévrotique, au niveau de la partie sous-cutanée de la lèvre externe, donc par rapport à l'incision cutanée sur un axe plus interne.

Le reste de l'incision pariétale n'est pas modifié.

Au moment de la réfection de la paroi, après la suture aponévrotique et une hémostase très complète, il faut faire un léger surjet au catgut 00 ou 000 entre les deux lèvres du plan sous-cutané taillées aussi en bec de flûte; c'est un sujet à faire minutieusement (4). Bien

(1) Nous n'avons jamais vu signaler cette technique.
(2) Il est indispensable d'avoir un bon bistouri.
(3) Il est préférable de faire une incision très superficielle de quelques millimètres auparavant pour mieux enfoncer la lame.
(4) Il doit être exécuté au voisinage immédiat du plan cutané.

fait, il suffit déjà à affronter les deux lèvres cutanées, que peuvent maintenir définitivement soit quelques points au fil de lin, soit quelques serres-fines, soit même en dehors de toute suture, un adhésif stérilisé.

Cette section cutanée par son caractère esthétique a l'avantage de permettre une incision longue, laquelle placée en dehors de l'incision musculo-aponénotique renforce la paroi.

Nous pensons qu'elle peut éviter des cicatrices vicieuses (chéloïdiennes entre autres) par le fait, que la tranche cutanée est « protégée », au lieu d'être à « ciel ouvert » comme dans les incisions habituelles. C'est une hypothèse que nous nous proposons de vérifier ultérieurement.

VOIES D'ABORD

Différentes voies ont été proposées :

a) *La voie médiane* est de beaucoup préférable chaque fois que règne un doute sur le diagnostic. Elle permet l'examen complet de tout l'abdomen, et évite ainsi de passer à côté de lésions importantes.

b) *Les voies latérales* droites, sont suffisantes quand on a acquis la certitude, que la lésion siège sur le segment iléo-colique, ce qui constitue déjà un appoint appréciable dans certains cas.

L'incision de Marc Burney, de beaucoup la plus employée, a un seul avantage : celui de respecter les muscles petit oblique et transverse. Elle présente les inconvénients de laisser traiter malaisément l'iléon terminal en cas de brides, de ne pas permettre de voir le côlon ascendant jusqu'au coude hépatique, et de nécessiter la section de la partie charnue des muscles au cas où l'on doit l'agrandir. Elle ne devrait avoir qu'une seule indication : l'appendicectomie simple — pour laquelle Mac Burney l'avait d'ailleurs proposée — à supposer qu'il soit possible d'établir aisément le diagnostic d'appendicite chronique, dans les dextriliacalgies.

Avec des notions d'épiploo-péricolites rendant nécessaires l'abord du côlon proximal, certains auteurs préférèrent d'autres incisions.

Terrier a conseillé l'incision transversale sur une horizontale passant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et qui donne un jour très suffisant.

M. Pierre Delbet conseille d'agrandir simplement vers le haut, l'incision de Jalaguier.

M. Pierre Duval, utilise l'incision de Bakes pour presque toute la chirurgie du côlon.

MM. Duval et Grégoire, à propos de la fixation du côlon droit utilisent une incision « *verticale menée à un fort travers de pouce en dehors du bord externe du muscle droit antérieur, commençant au-dessous du rebord costal et se terminant à la ligne ombilicale et mesurant 8 à 10 centimètres de long* ». De Martel reproche à cette incision, l'abord difficile du caecum, la section en travers, des muscles larges de l'abdomen et des nerfs de la paroi abdominale.

M. Leveuf a utilisé l'incision « en crochet » « *partant à deux travers de doigts de l'extrémité antérieure de la 9e côte, elle se dirige oblique jusque vers le milieu de la ligne spino-ombilicale* ».

M. de Martel est partisan de larges incisions qui évitent, en cas d'opération de restauration et de fixation, de tirailler l'intestin. Il utilise une incision en L « *qui à première vue semble plus délabrante mais qui en réalité respecte plus complètement toutes les structures anatomiques de quelque importance* ». Il commence par une incision xipho-ombilicale descendant sensiblement au-dessous de l'ombilic qui permet une large exploration de l'abdomen et qu'il complète par une incision transversale au niveau de la partie moyenne du côlon droit.

Toutes ces dernières incisions donnent sûrement un large accès sur le côlon proximal, mais elles ont l'inconvénient d'être exécutées d'emblée sur toute leur étendue, et dans les cas simples, où seule l'appendice ou une bride iléale sont en cause, l'étendue de l'incision est disproportionnée.

Nous préférons une incision qui permet un examen initial rapide, qui peut s'agrandir aisément au besoin, et sur laquelle on peut brancher une autre incision peu mutilante, qui suffit à donner une voie d'accès large sur le côlon jusqu'à l'angle hépatique.

Voici comment nous avons procédé, dans ce cas, sur deux de nos malades et sur le cadavre.

Pour commencer, nous faisons une incision (1) de 6 centimètres

(1) Celle qu'a recommandée Walther dès 1913.

environ, parallèle au bord externe du grand droit, à deux centimètres de lui et dont le point supérieur est un peu au-dessous de l'horizontale passant par l'ombilic. Après section des plans cutané et aponévrotique, on « désinsère » les digitations du petit oblique et du transverse, en sectionnant les fibres musculaires de ces muscles, là où elles se continuent avec leurs aponévroses. A ce niveau la paroi musculaire est facilement incisée et on ouvre aisément le péritoine.

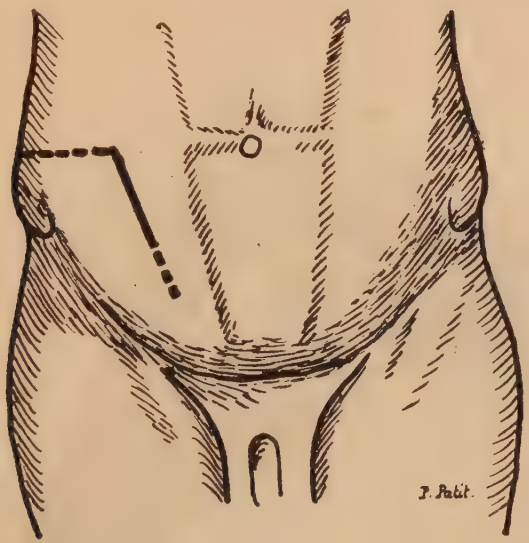

Fig. 13. — Incision en « accent circonflexe ». On commence par l'incision oblique comme dans une appendicectomie. Si on veut libérer une coudure iléale on la prolonge en bas. Si on doit aborder le côlon proximal et surtout sa face externe, on branche une incision transversale ou légèrement en bas et en dehors, à hauteur de l'ombilic. (KRIEF).

L'incision donne déjà un jour très suffisant sur le caecum et l'appendice, et, au cas où l'on voudrait l'agrandir, il suffirait de continuer la désinsertion.

Si, après examen, on décide de libérer une bride iléale, l'incision peut suffire et il est d'ailleurs très facile de la prolonger en bas, beaucoup plus facilement que dans l'incision de Mac Burney.

Au cas où l'on doit libérer le côlon ; on pourrait prolonger l'incision oblique vers le haut, mais elle conduit alors surtout sur le bord interne du côlon, et il est difficile de traiter ainsi une péricolite étendue sur le bord externe du côlon, comme c'est le cas le plus sou-

vent. C'est alors que nous conseillons de brancher à partir de l'extrémité supérieure de l'incision oblique, une incision horizontale — légèrement oblique en bas et en dehors — (voy. fig. 14), jusque sur la face externe de la paroi abdominale. Après section du plan cutané et sous cutané, il faut sectionner la partie charnue correspondante du grand oblique, suivant une ligne coupant la direction de ses fibres. C'est la mutilation la plus sérieuse de cette incision, mais elle se répare très parfaitement.

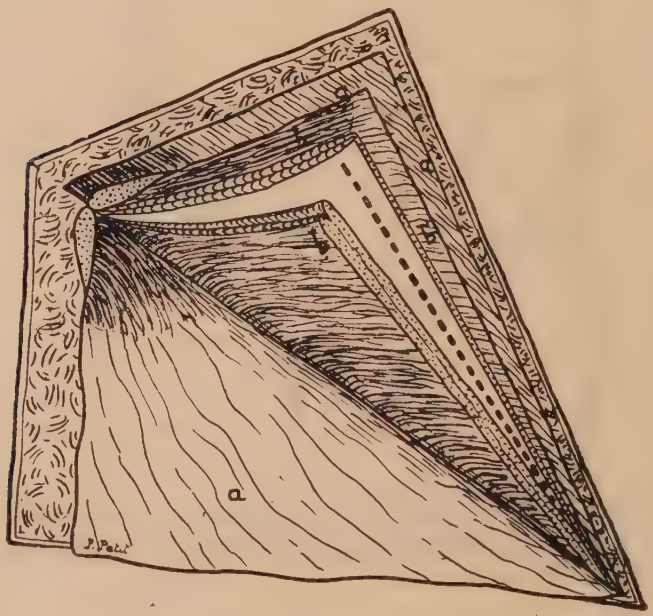

Fig. 14 (demi-schématique). — Après incision en « accent circonflexe » on récline le volet externe constitué par les plans superficiels, l'aponénose de grand oblique, les faisceaux charnus de petit oblique et du tranverse et le péritoine (p). On a ainsi sur tout le côlon proximal et particulièrement sur sa face externe un jour considérable (KRIEF).

On tombe ainsi sur le double plan musculaire petit oblique et transverse, *qu'il ne faut pas sectionner*, *mais qu'il faut dissocier*, *en partant* de l'extrémité supérieure de la partie de ces muscles désinsérée. Cette dissociation se fait très aisément, et on peut la mener très loin en dehors, sans léser les filets nerveux qu'on peut facilement récliner.

Par cette incision « EN ACCENT CIRCONFLEXE », on a une voie d'abord absolument complète sur toute la face externe du côlon proximal jusqu'à l'angle hépatique, permettant ainsi la libération de formations péricoliques, ou tout acte chirurgical sur le côlon (voy. fig. 15).

Cette incision a l'avantage, se faisant en deux temps, de n'être complétée qu'en cas de lésions coliques dûment constatées.

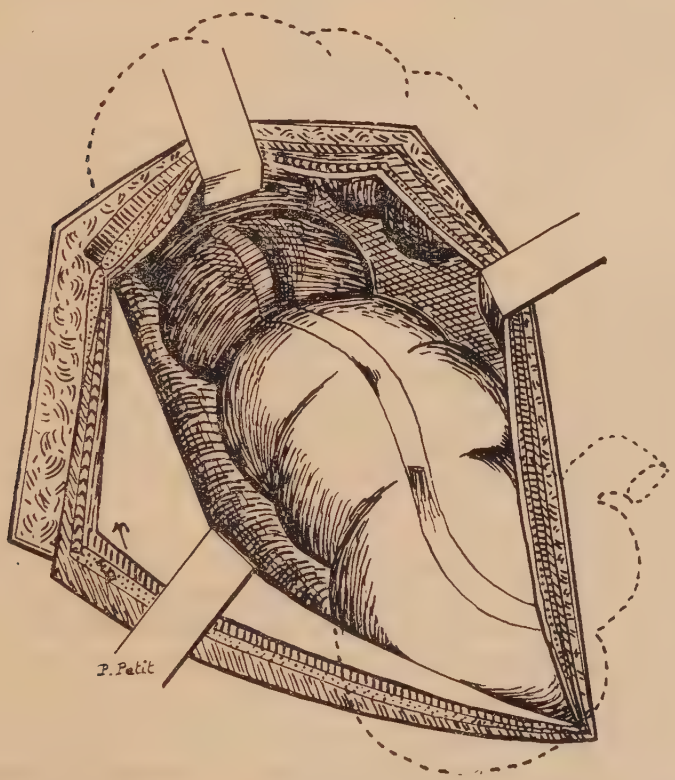

Fig. 15 (demi-schématique). — On a fait d'abord l'incision oblique des plans superficiels et du muscle grand oblique (a) et on a *désinséré* les muscles petit oblique et transverse (b, b') à l'union des fibres charnues et aponévrotiques ; la ligne en pointillé marque l'incision du péritoine. Quand on branche l'incision transversale, on incise l'aponévrose du grand oblique et suivant cette incision on *dissocie* les muscles petit oblique et transverse (KRIEF).

La portion oblique recommandée par Walther très peu mutilante, peut suffire à pas mal de manœuvres iléo-caeco-appendiculaires et épiploïques. La portion transversale — simple dissociation qu'on peut étendre plus aisément et plus loin que dans l'incision de Mac

Burney — ne sera utilisée qu'en cas de maœuvres sur le côlon proximal.

Il est bien entendu que cette incision « en accent circonflexe » ne sera appliquée, qu'en cas où les lésions siègent manifestement sur le segment iléo-colique.

Il faut noter que les voies latérales sont moins souvent compliqués d'adhérences que les voies médianes. (Lardennois).

La laparotomie étant faite par l'un de ces procédés, il ne faut pas se presser de s'attaquer à l'appendice ou à la première formation qui se présente. Il faut avant toute manœuvre, essayer d'établir le bilan des lésions, de juger si les lésions apparentes, sont bien d'accord avec ce que l'examen du malade permettait de concevoir. On ne saurait trop insister sur cette période de l'intervention, qui doit faire faire le diagnostic décisif, et il faut souvent beaucoup de bon sens et d'expérience pour conclure où doit se porter l'effort du chirurgien. A vouloir ne pas s'attarder à bien inventorier les lésions — la seule occasion qui permet avec les données cliniques et de laboratoires de poser le diagnostic — on s'expose à faire une opération inutile, à multiplier les actes opératoires alors qu'il convient d'être sobre de manœuvres quand il s'agit de péricolites.

Cet inventaire terminé, le diagnostic de formations péricoliques étant posé, que faut-il faire ? Là aussi les avis diffèrent, alors que certains chirurgiens se contentent de petites interventions de libération qui leur donnent des résultats satisfaisants, d'autres, conseillent des interventions beaucoup plus complexes de dérivations ou d'exérèses.

Schématiquement on peut dire qu'au début, les formations péricoliques sont justiciables d'un traitement chirurgical simple de libération, de « péricololyse », que plus tard il est indispensable de leur opposer une thérapeutique plus hardie de dérivation ou d'exérèse.

Cas pris au début

La laparotomie peut révéler : une membrane du type Jackson, un plissement séreux membraniforme, une péri-angulocolite, une

épiploïte adhérente, une coudure iléale, toutes formations pouvant exister isolément, associées entre elles ou à d'autres lésions.

a) *Membrane du type Jackson.*

Voici la technique de Jackson rapportée par Lefèbvre : « *on découvre l'endroit où la membrane s'insère sur la paroi abdominale, on établit des ligatures le long de la ligne péritonéale, on la sectionne, on tire la membrane sur la ligne médiane puis en haut et en bas de façon à arracher les points d'adhérences coliques. On peut ainsi enlever la membrane sous la forme d'un voile... Le côlon devient alors mobilisable, sa longueur paraît double, les plis disparaissent* ». M. Leveuf rappelle les résultats signalés par Jackson (75 % de guérisons immédiates et durables).

Cependant Crossen, Isaacs, Pauchet, Mauclaire signalent des cas où les malades continuent de souffrir. Flint, pense qu'il s'agit des reproductions des membranes et conseille, de simplement sectionner la membrane le long de son bord externe. Connel, après section de la membrane à l'attache pariétale, la tord sur elle-même, passe une pince à travers la couche musculaire, et la fixe à la paroi latérale au-dessus du caecum.

Plusieurs auteurs, et même Jackson, devant des résultats imparfaits préconisent des opérations complémentaires (caeco-fixation, caeco-plicature).

Lefèvre conseille de ne traiter que les caractères nocifs du voile, et c'est une opinion à laquelle nous nous rangeons volontiers. Dans ces cas, il conviendra alors, soit de réséquer les brides, soit d'enlever les membranes en totalité.

Au récent Congrès de Chirurgie, MM. Martin du Pan et Oltramarre (de Genève), Dupuy de Frenelle, Albert (de Liège) ont présenté des cas de guérison par libération des voiles péricoliques.

b) *Plissements séreux membraniformes et brides sous et préterminо-iléales.*

La technique de la « péricololyse » a été très bien mise au point par M. Lardennois au récent Congrès de Chirurgie. Voici sa description (voir fig. 5 et 7) :

« *Les adhérences d'accolement seront libérées par décollement* « *méthodique. De même pour les plissements séreux membrani-* « *formes, les péricolites membraneuses, les brides sous-iléales. Il*

« *faut découvrir sous les fins tractus qui les recouvrent, le rebord* « *blanchâtre qui marque la réflexion l'une dans l'autre des deux* « *lames adossées, et l'entrée du plan de clivage.*

« *On refoule prudemment le repli, en sectionnant de temps à* « *autre un tractus fibreux et on peut ainsi libérer l'intestin sans lé-* « *ser les vaisseaux, sans le dépouiller de sa séreuse. Le pli périto-* « *néal s'affaisse et se replace dans le plan du péritoine pariétal. Il* « *faut pousser le décollement le plus loin possible pour donner à* « *l'intestin toute sa mobilité. Parfois des difficultés spéciales surgi-* « *ront au cours du décollement méthodique de la péricololyse. Des* « *épaississements scléreux, des intrications d'adhérences de prove-* « *nances multiples pourront rendre difficile la pénétration dans le* « *bon plan de clivage. On peut être conduit à pratiquer des sections* « *entre ligatures. Il faut toujours être préoccupé de dépouiller le* « *moins possible l'intestin de la séreuse, et de retrouver rapidement* « *les fascias avasculaires de coalescence* ».

c) *Epiploïtes adhérentes et péri-angulocolites.*

Dans ces cas, dès l'ouverture de l'abdomen, on constate une telle complexité dans la disposition viscérale, qu'on craint de faire sinon un travail nuisible, du moins inutile. Un conseil prudent à suivre, est de commencer par libérer l'épiploon. Dans les cas où l'épiploon adhère fortement au niveau du côlon, plutôt que de vouloir le libérer très anatomquement, il vaut mieux le sectionner à distance, et laisser la partie adhérente sur le côlon, à condition que les surfaces avivées soient très petites. Ce travail de libération épiploïque est

essentiel et il peut suffire dans certains cas à lui seul. Plus souvent, après avoir libéré l'épiploon et reséqué largement sans esprit d'économie inutile, toute la partie atteinte d'épiploïte chronique, on doit continuer à libérer le côlon d'une membrane vélamenteuse ou d'un plissement séreux membraniforme.

Fig. 16. — Péricolite de l'angle droit, même sujet que dans la figure 3. L'Epiploon a été séparé du caeco-côlon et reséqué partiellement. On voit la partie droite du côlon transverse fixée sur le côlon ascendant par des tractus adhérentiels de jonction. L'appendice dans ce cas était long, sclérosé en position rétro-caecal.
(In Rapport Lardennois au XXXVIe Congrès Français de Chirurgie)

C'est surtout dans les cas d'épiploïtes adhérentes, qu'on rencontre des brides précroisant le côlon, et s'insérant sur le péritoine pariétal latéro-colique. Il vaut mieux alors les réséquer sur une large étendue, plutôt que de les sectionner.

Dans ces libérations, s'il faut être économe de manœuvres inutiles, on doit savoir par contre consacrer tout le temps utile à une libéra-

tion la plus complète possible. Tel cas, demandera une opération de courte durée, tel autre un temps parfois plus long.

Il faut libérer ces formations à la « demande des lésions », libérer d'abord celles qui semblent expliquer les troubles présentés par

Fig. 17. — Après résection de l'épiploon adhérent, les côlons et les deux faces de la plicature méso-colique ont été séparés dans un plan de clivage tout tracé. On voit encore, sur la ligne de bissection de l'angle colique, la trace du reploiement qui avait appliqué les deux parties du méso-côlon, face à face. Dans un tel cas, l'indication d'une « fixation en équerre » paraît posée
(In Rapport Lardennois au XXXVIe Congrès Francais de Chirurgie)

le malade ; quant à celles dont la nature est difficile à interpréter, il faut essayer de juger de leur rôle pathogène et se souvenir que le « mieux est quelquefois l'ennemi du bien ».

En cas de péri-angulo colite, il faut réséquer ou libérer l'épiploon, et ouvrir l'angle, ce qui nécessite la section de certaines brides colo-coliques. Quelquefois cette section laisse une surface cruentée, il vaudra mieux alors dans ce cas, fixer l'angle « en équerre » pour éviter une fermeture plus complète par adhérences.

d) *Brides de Lane.*

Lane *sectionne* la bride et il complète par un enfouissement. Cette technique est toute différente de celle qu M. Lardennois applique à la bride sous-iléale où après libération du bord libre du plissement séreux on utilise le plan de clivage. On sectionne une bride de Lane, on libère et on clive une bride sous-iléale. Ce travail n'est souvent rendu possible, qu'après avoir libéré les fibrilles qui réunissent les deux branches de la coudure entre elles, (voir fig. 6) et celles qui réunissent souvent la branche droite au bord interne du caecum. Dans les deux cas, il faut éviter de laisser une surface cruentée et repéritoniser. Baimbridge fait sur la bride une incision parallèle à l'intestin, qu'il suture ensuite dans le sens contraire.

Enfin, il faut se souvenir de l'existence de déviations sténosantes de l'angle iléo-caecal que nous avons déjà décrites, et les libérer.

e) *Manœuvres complémentaires.* — La libération d'une ou de plusieurs de ces formations suffit dans un grand nombre de cas à donner de bons résultats, mais souvent à ce travail de libération il faut ajouter d'autres manœuvres chirurgicales.

1° *L'appendicectomie* s'impose même si l'appendice ne présente aucune lésion. Doit-on ou non enfouir ? Les deux techniques gardent leurs partisans. Si l'on enfouit, il vaut mieux enfouir le moignon du méso et celui de l'appendice comme le conseille Lane, « *...Un enfouissement grossièrement fait qui déchirerait, qui ferait saigner, exposerait plus aux adhérences que le non enfouissement.* » (Lardennois). Le non enfouissement peut-il créer des adhérences ? A la vérité on en cite fort peu de cas. Walther en a rapporté deux cas qui l'ont incité à enfouir. Flandrin montre dans sa thèse des planches typiques d'adhérences du moignon, mais on ignore, avec quelles précautions ces moignons adhérents furent traités au cours de l'opération. Il semble, qu'en apportant à la ligature de l'appendice et à la thermocautérisation du moignon le plus de minutie possible, on peut se permettre de ne pas enfouir.

2° Outre l'appendicectomie, on pourrait être amené à faire une fixation du caecum, du côlon, ou de l'angle colique droit, en cas de mobilité anormale. Cependant ces manœuvres après avoir été très vantées ont été fortement critiquées. Wilms lui-même abandonne la fixation du caecum. Duval (1914) dit : « *il est illogique de fixer à un organe aussi extensible que le péritoine un organe anormalement mobile* ». De Martel (1922) : « *L'intestin mobile est d'une longueur nullement proportionnée à celle du lit dans lequel on se propose de le coucher* ». Mercier (1924) : « *il est antiphysiologique de fixer un organe — le caecum — qui dans la majorité des cas est mobile* ». Cependant Grégoire (1923) a rapporté des résultats éloignés satisfaisants de la colopexie en « équerre » pour corriger l'accolement en « canons de fusil » de l'angle hépatique.

3° Quant à la plicature du caecum « *opération illogique* » (Grégoire) elle semblait pratiquement abandonnée.

Récemment, à la Société de Chirurgie (Juin 1927) MM. Okinczyc et Hertz rapportaient des cas de stase colique par tropho-névrose intestinale d'origine appendiculaire, où la columnisation caeco-colique, associée à la typhlopexie avait permis des résultats très satisfaisants. Cependant M. Lardennois fait remarquer que ces manœuvres, chez des sujets atteints de péricolites, candidats aux périviscérites adhésives, risquent de déclancher chez eux des péricolites post-opératoires excessives.

4° Une manœuvre plus importante consiste à éviter la reformation des péricolites. Le moins que l'on doive faire, est d'éviter de laisser une surface avivée après une manœuvre de libération. On devra enfouir toute surface dénudée, et dans les cas difficiles on devra avoir recours à des greffes épiploïques libres, ou à la manœuvre suivante, conseillée par Richardson pour les surfaces dénudées de l'intestin : En regard de la surface intestinale, on fait sur un des feuillets séreux du mésentère — et seulement sur lui — une incision parallèle à l'intestin, d'une longueur plus grande que la surface à repéritoniser; puis on décolle la lèvre la plus éloignée de l'intestin, jusqu'à ce que l'on puisse amener aisément le lambeau ainsi décollé à recouvrir entièrement la surface avivée.

Martin, pour éviter la reformation des brides, ramène le grand épiploon en coussinet au niveau de la surface sectionnée et il laisse le malade en position de Trendelenburg, pendant quelques jours.

M. Lardennois s'est arrêté à l'emploi du sérum physiologique en assez grande quantité.

M. P. Bonnet (de Lyon) préconisait récemment la fistulisation temporaire du caecum — par sonde de Nelaton — après libération des adhérences, chaque fois que la péricolite s'accompagne de petites occlusions ou de phénomènes inflammatoires.

Ces libérations d'adhérences plus ou moins complexes, suffisent dans un grand nombre de cas, et pratiquement doivent suffire, quand on intervient précocement sur un malade bien préparé, et surtout sur un malade bien suivi médicalement après l'opération. Des résultats satisfaisants ont été communiqués depuis Jackson, Hofmeister et Connel, par MM. Duval, Robineau, de Martel, Lardennois, Lefèbvre (1), Mercier (2) et au dernier Congrès de Chirurgie par MM. Pauchet, Dupuy de Frenelle, Albert (de Liège), Delangre (de Tournai), Martin du Pan (3) et Oltramarre (de Genève).

Cas tardifs

A ce moment, tout l'intérêt réside d'une part, dans l'altération avancée du segment intestinal situé en amont de la péricolite, d'autre part dans l'extension et l'organisation avancée de cette péricolite. Le résultat est que le segment en amont est en défaillance irrémédiable, et qu'il serait illusoire d'espérer par une libération une amélioration.

Dans ces cas, il faut en arriver à supprimer ce segment intestinal — neuf fois sur dix, le caecum et une partie du côlon ascendant — physiologiquement (4) ou anatomiquement (5).

Ceci nécessite une opération importante et on conçoit qu'avant de s'y décider il faut la juger nécessaire. L'histoire clinique, l'examen radiologique du côlon, l'aspect dilaté, aminci, flasque, asystolique d'un caecum, sont les raisons qui doivent permettre de s'y décider.

Nous insistons sur la nécessité de bien connaître après un ou plusieurs examens radiologiques, le fonctionnement de tout le gros

(1) Sur 184 cas, 98 guérisons, 54 légères améliorations, 7 mauvais résultats.
(2) Sur 31 cas, 16 guérisons, 4 résultats satisfaisants, 11 résultats négatifs.
(3) Sur 186 malades opérés, 92 sont retrouvés : 83 guérisons, 9 non améliorés. 2 réopérés ne présentent pas d'adhérences.
(4) Opérations de dérivations.
(5) Opérations d'exérèses.

intestin de façon à faire une opération physiologiquement logique et ne pas s'exposer à faire par exemple une « bouche » supplémentaire en *aval* d'une obstacle mécanique ou physiologique.

Les opérations de dérivation par anastomoses, déterminent une ralentissement ou un arrêt dans le fonctionnement du segment exclu. Elles favorisent quelquefois le développement à son niveau, de nouvelles formations péricoliques, lesquelles peuvent s'étendre, entourer la nouvelle bouche anastomotique et créer de nouveau une gêne supplémentaire. Par ailleurs elles triomphent mal des accidents stasiques, on conçoit donc que beaucoup de chirurgiens leur préfèrent les opérations tendant à l'exérèse du segment intéressé.

Opérations de dérivation.

a) *L'Iléo-sigmoïdostomie* est justifiée dans les sténoses de l'iléon. Cependant les auteurs qui l'ont utilisée lui reprochent son caractère anti-physiologique, la diarrhée — qui finit d'ailleurs par céder — les coliques venteuses, de favoriser une stase latérale sur le gros intestin, de déterminer une torsion de l'iléon (Lardennois).

Lane lui-même constatant ces inconvénients a préféré aux iléo-sigmoïdostomies les colectomies.

b) *L'Iléo-transversotomie* fut défendue par Wilms, de Quervain et Delbet. Lance (thèse 1903) rapporte des expériences montrant que l'iléo-transversotomie ne supprime pas fonctionnellement le gros intestin, en amont.

M. Lardennois lui reproche dans les péricolites chroniques :

1° La difficulté technique au voisinage d'un segment enflammé et les risques de : « *réaction plastique, secondaire, pouvant aboutir à la longue à son rétrécissement* ».

2° Une torsion possible de l'anastomose, ou un tiraillement suivi de torsion à la suite de mésentérite rétractile.

c) *La caeco-sigmoïdostomie*. — Décrite par Yeomans de New-York, elle semble nettement supérieure physiologiquement à toutes les autres dérivations. D'ailleurs, les résultats satisfaisants signalés par de nombreux chirurgiens suffisent à sa défense. Elle présente l'avantage de conserver le caecum et ses propriétés digestives, de ne pas trop modifier le transit colique, et elle agit surtout en permettant la « vidange du trop plein du caecum qui fermente ». Mais elle peut

être très difficile à faire, même avec les boutons anastomotiques et elle doit être réservée aux péricolites avec gros obstacle, où le caecum n'est pas trop altéré.

Classiquement on fait une anastomose latéro-latérale mais dans les cas de long côlon pelvien avec long méso, il faut lui préférer l'anastomose en Y décrite par MM. Lardennois et Okinczyc.

d) *La typhlo-transversotomie* est conseillée par Hofmeister dans les cas de péri-angulocolite très avancée. Mais M. Desmarest est fermement partisan, de faire l'anastomose avec exclusion, par section première de l'angle droit. Sur 11 cas rapportés 8 cas opérés sans exclusion entraînèrent 8 échecs, trois cas avec exclusion donnèrent 3 succès.

L'opération doit commencer par la section de l'angle hépatique avec fermeture des deux bouts, puis on pratique une entéro-anastomose entre le point déclive de la partie ptosée du transverse, et une ouverture correspondante faite sur la bandelette antérieure du caecum.

II. — Opérations d'exérèses. Colectomies

Beaucoup de chirurgiens ont abandonné les dérivations intestinales, moyen terme entre la chirurgie de libération des péricolites et les colectomies partielles. Ici nous n'envisageons que l'hémi-colectomie droite. La plupart des chirurgiens qui l'ont employée en demeurent des partisans convaincus. En fait, elle est aux péri-iléocolites avancées, étendues, bien organisées, ce qu'une appendicectomie est à l'appendicite. Pour Descomps elle a l'avantage de supprimer tout le territoire folliculaire dont « *l'inflammation est responsable des syndromes de la fosse iliaque droite* ».

Les statistiques de Moynihan, Clark, Johnson, Robineau, Lambret et Desmarest donnent sur 128 cas, 4 morts ; ce sont là des résultats appréciables quand on pense à l'importance de l'opération. Mercier (thèse 1924), fait un chaud plaidoyer de cette intervention, il donne 2,5 % de mortalité, et il prétend que ce taux peut s'abaisser, si on évite l'écrasement des bouts intestinaux et si on prend la précaution de contrôler la bonne vascularisation des bouts « *pour éviter le sphacèle et la désunion des anastomoses, et de procéder à la* « recoupe » *des bouts en cas de vascularisation insuffisante* ». Il décrit

cette technique préconisée par Desmarest, qui a l'avantage de réduire la lumière du transverse par contraction dûe à la section, et de faciliter ainsi l'anastomose termino-terminale, préférable aux anastomoses latérales.

Au récent Congrès de Chirurgie MM. Lardennois, Lambret et Alessandri (de Rome) (1) ont défendu l'hémi-colectomie droite.

Il est bien entendu, que ces interventions ne peuvent donner de résultats, qu'à la condition essentielle que le transit colique ne soit gêné par aucun obstacle en aval. On devra donc vérifier à la radioscopie l'intégrité du parcours du côlon gauche, et on ne sera autorisé à pratiquer l'incision latérale qu'en cas où les lésions siègent exclusivement sur le côlon proximal.

Dans le doute, il faudra préférer la laparatomie médiane et avant toute manœuvre examiner attentivement tout le cadre colique.

SOINS POST-OPERATOIRES

Il faut être pénétré de l'idée que l'opération ne peut suffir à elle seule, à guérir ces malades. Des soins énergiques post-opératoires sont encore indispensables et la surveillance du malade devra durer de longs mois. C'est pour avoir méconnu cette notion qu'on a dû enregistrer beaucoup d'insuccès.

Dans les jours qui suivent l'opération, certains chirurgiens cherchent à immobiliser le plus possible l'intestin par des applications prolongées de glace, d'autres au contraire « mobilisateurs », ordonnent l'hypophyse, la respiration abdominale (2), les applications immédiates et continues de rayons ultra-violets et infra-rouges, le chauffage de l'abdomen — Heusner (de Barmen) — par bains de lumière ou applications chaudes, en cas de parésie intestinale.

Nous pensons qu'il y a avantage à être « immobilisateur » quand la libération n'a pas fait saigner, quand la repéritonisation a été bien faite, ou quand le côlon était manifestement en réaction inflammatoire ; qu'il y aurait avantage à être « mobilisateur » au cas où l'on

(1) Sur 14 cas un seul décès et très bons résultats éloignés.
(2) On demande aux opérés de souffler dans un appareil du genre Pescher.

craindrait une récidive assez rapide des adhérences que l'immobilité intestinale peut certes favoriser.

Dès le quinzième jour de l'opération, on pourra ordonner de la paraffine, et Lane conseille quelques injections — deux fois par semaine, pendant trois semaines — de deux à trois centimètres cubes de fibrolysine.

Enfin pendant des mois, il faudra exiger du malade un repos sérieux, l'observance d'un régime dont nous avons déjà tracé les lignes, une gymnastique abdominale d'intensité progressive — mouvements de reptation — et une régularité dans les évacuations intestinales .Ces conditions difficiles à remplir expliquent la difficulté d'un tel traitement chez les malades d'hôpital.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Dans une affection aussi diverse par ses modalités étiologiques, anatomiques et cliniques, on conçoit qu'il est difficile de tracer avec précision l'indication thérapeutique.

Les adeptes d'une méthode médicale ou chirurgicale pensent tenir la bonne thérapeutique, et des résultats contradictoires sont publiés à propos d'une même thérapeutique. Dans certaines statistiques on n'a pas tenu assez compte du recul du temps pour apprécier à leur juste valeur beaucoup de guérisons. Enfin et surtout, si à propos du diagnostic l'accord était fait, on conçoit que l'on eût pu facilement juger des résultats de la thérapeutique employée. Mais précisément à propos d'une dextriliacalgie les avis diffèrent dans l'interprétation clinique et dans l'attitude opératoire. Comment donc, dans ce désaccord peut-on tenir compte des statistiques ? « *Pour tel cas heureux qui figure dans une statistique de colectomie droite par exemple, il est permis de penser que quelques-uns d'entre nous auraient pratiqué une typhloraphipexie et d'autres une appendicectomie simple complétée par la libération de quelques brides et sans doute avec la même satisfaction du résultat obtenu.* » (Lardennois).

Il est courant de voir certains chirurgiens ne se livrer à propos d'une dextriliacalgie qu'à une simple appendicectomie sans jamais libérer « quoi que ce soit ». Leurs résultats imparfaits peuvent s'expliquer simplement par le fait qu'il ne s'agissait pas seulement d'appendicite.

Pratiquement devant tout syndrome douloureux abdominal qui « ne fait pas sa preuve » il faut suspecter les péricolites et dicter un traitement médical dont nous avons vu les grandes lignes. L'échec du traitement médical ou même son résultat insuffisant ou imparfait, constitue à une échéance variable l'indication opératoire.

Quand l'intervention est décidée, il faut connaître son malade « à fond » cliniquement et radiologiquement, afin de juger de la nature et du degré de l'affection. Ces notions sont capitales pour l'interprétation des faits anatomo-pathologiques, pendant l'intervention.

Les opérations de libérations, la « péricololyse », dont nous avons vu les indications et les résultats devront être toujours tentées. Elles donneront de beaux résultats dans les cas pris au début à condition d'être médicalement suivis.

S'il faut faire plus, parce que la péricololyse est trop difficile ou que l'état de l'intestin en amont ne peut plus bénéficier d'une telle libération, il semble qu'aux procédés de dérivations il faille préférer l'hémi-colectomie droite. Les résultats de cette dernière opération sont moins fâcheusement influencés par une négligence dans le traitement post-opératoire.

Dans tous les cas, on ne doit pas *opposer* ces thérapeutiques, elles ont chacune leur indication respective et quelquefois il faut les associer.

A vouloir n'être fidèle qu'à une seule méthode on court sûrement vers des insuccès.

TRAITEMENT DES ADHÉRENCES POST-OPÉRATOIRES DU CARREFOUR INFÉRIEUR DROIT

Nous étudierons le traitement prophylactique puis le traitement curatif.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE (1)

La question de « terrain » mise à part, on peut certainement réduire les causes qui provoquent ou favorisent le développement d'adhérences post-opératoires, en s'astreignant à des soins pré-opératoires et post-opératoires, et en apportant à tous les temps de l'intervention une minutie dont il faut essayer de doter sa technique chirurgicale.

a) **SOINS PRE-OPERATOIRES.** — Nous avons déjà insisté sur la nécessité d'opérer le plus « à froid » possible » et de traiter l'état colitique avant toute intervention pour syndromes chroniques dûs à des adhérences. Il faudra éviter d'opérer pendant les périodes de congestion pelvienne et en particulier au voisinage ou pendant les règles. On emploiera les quelques jours qui précèdent l'opération à conseiller les malades sur des soins d'hygiène générale et il est bien entendu qu'il ne faut opérer qu'avec un bilan hépato-rénal satisfaisant.

b) **INTERVENTION.** — Une bonne anesthésie est capitale. La lutte pour faire réintégrer les anses, quand le malade « pousse », outre le choc qu'elle détermine, provoque un traumatisme qui suffit à dépéritoniser un segment malade ou à amorcer le dépouillement d'un segment normal.

(1) Nous avons déjà entrevu certaines des précautions à prendre à propos de l'éthiologie des formations péri-cololléales post-opératoires.

La rachi-anesthésie, n'étaient-ce ses complications, réalise le mieux le silence abdominal. En fait tous les anesthésiques sont bons (1) quand ils sont donnés par un anesthésiste expérimenté, avec une technique précise en rapport avec la nature du malade à endormir.

Pendant l'intervention une notion est essentielle, il faut « respecter » le péritoine, depuis l'ouverture du feuillet pariétal jusqu'à sa fermeture.

Voici une série de précautions que nous recommandons (2) :

A) Inciser franchement le péritoine pariétal « sans bavures » sur une longueur moindre que les autres plans afin de mieux le repérer.

B) Placer des champs de bordure. Comme ceux qui permettent le refoulement d'organes, ils devront être souples, et chaque fois qu'on le pourra, imbibés de sérum chaud. M. Lecène préconise le taffetas gommé.

C) Manipuler l'intestin et le grand épiploon avec douceur. Ne jamais tenir l'intestin par son méso — hématomes sous-séreux facile — mais le tenir lui-même, sans l'intermédiaire de compresses avec le pouce et un autre doigt disposés en forme de « pince de homard ».

D) L'épiploon sera ménagé. C'est l'élément le plus fragile, le plus utile qu'il faudra manipuler avec soin. Cependant il faut amputer et largement tout segment épiploïque malade, nocif par lui-même et par le fait qu'il risque de contaminer tout l'épiploon.

En cas de résection, faire des petits paquets, de façon à réduire l'étendue des surfaces avivées. Beaucoup d'auteurs nient les adhérences des moignons épiploïques. En cas de gros moignon, voici la technique que nous appliquons (voy. fig. 18) pour protéger la surface

(1) Réserves faites sur les contre-indications générales de certains anesthésiques.
(2) Beaucoup d'entre elles ont été déjà conseillées.

avivée. Les deux chefs du nœud — qu'il faut faire en avant — sont passés au niveau du bord antérieur, puis du bord postérieur de la surface avivée, puis de nouveau passés au niveau du grand épiploon — mais au-dessus du nœud — et noués en avant. Il s'ensuit que le

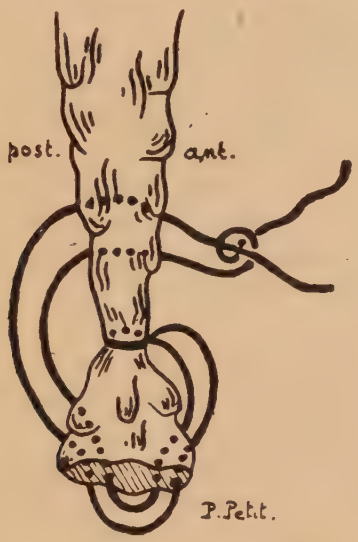

Fig. 18 (demi-schématique). — Technique permettant la protection des surfaces avivées du moignon épiploïque. Après le serrage du nœud, la surface s'accole à la face postérieure (KRIEF).

moignon se trouve plaqué contre la face postérieure de l'épiploon, lequel masque la surface avivée.

E) Au cours de l'intervention il faut éviter les ecchymoses et les hématomes des mésos, les ligatures grossières, les frottements rudes avec des compresses, l'irruption dans la cavité abdominale de sang (1), de liquide antiseptique ou irritant, en assez grande quantité.

F) L'intervention terminée, il faut faire une hémostase rigoureuse avec de fins catguts, et vider le sang épanché.

G) Il faut réparer toutes les surfaces avivées, soit par petits enfouissements, soit par le procédé de Richardson, soit dans les cas de surfaces étendues par le procédé rationnel des greffes épiploïques

(1) Certains auteurs dont Corbet et Pauchet n'admettent pas que le sang résorbé en six jours, soit facteur d'adhérences.

que les travaux de Loewy (1901), Gray et Anderson (1913), Brocq, Ducastaing et Reilly (1922) ont montré possible. Ces derniers ont établi la bonne vitalité, même de larges lambeaux (200 centimètres carrés) grâce à la « persistance remarquable de l'endothélium ». M. Lardennois préfère des greffes petites — 2 cm carrés — et multiples, et il a récemment insisté sur le danger de leur infection qui est alors facteurs d'adhérences. C'est dire que leur emploi est surtout limité aux actes chirurgicaux aseptiques.

M. Carnot ajoute : « *...c'est une arme à double tranchant qui peut parfois être elle-même une source d'adhérences propres, surtout si l'épiploon est tant soit peu infecté... On a cité des cas cataclysmaux où chaque greffe épiploïque vraisemblablement infectée, s'est au bout d'un certain temps transformée en un anneau sténosant de sclérose périviscérale* ».

Dans les cas de surfaces cruentées, au cas où une greffe épiploïque n'est guère possible, on peut avoir recours à certains produits qui ont déterminé quelques succès, lesquels sont loin d'être constants. La cause de leur échec semble résider pour certains d'entre eux, dans le fait que leur action ne se maintient pas pendant les 4 à 6 jours nécessaires pour la réparation de l'endothélium au niveau de la surface avivée.

Parmi ces produits on a proposé :

1° *Des corps étrangers*, des feuilles d'or (Lane), des membranes amniotiques (Lyman), des membranes spéciales (Cargile), des vernis.

2° *Des produits spécialisés*, la celloïdine, le koktol (Migake), l'électrargol.

3° *Des solutions :* Payr a vanté la solution aseptique colloidale de pepsine pour le ramollissement des cicatrices et la prophylaxie des adhérences (1). Takashi Kubota préconise la papaïne au 100.000 en sérum artificiel. M. Pauchet la solution de citrate de soude à 2 % et de chlorure de sodium à 4 %. Ce liquide hypertonique attire le liquide péritonéal et favoriserait l'endothélialisation.

4° *Des produits huileux*. Ils se sont montrés plutôt défavorables, sauf l'huile de vaseline à petite dose qui a donné de bons résultats

(1) Il fait dissoudre — solution de 1 à 2 % — de la pepsine très pure dans le liquide de Pregl (solution isotonique d'iode) et il l'injecte associée à une solution de novocaïne à 3 % dans le tissu cicatriciel, dans la proportion de 4 parties de solution de pepsine pour une d'anesthésique.

à Libague, et que Mayo utilise surtout après section de brides de Lane.

Corbett vante le rôle bienfaisant de la cautérisation des surfaces cruentées et saignantes.

H) Après avoir tout fait pour essayer de réendothélialiser les surfaces avivées, il faut aider les organes à reprendre leur place et en particulier l'épiploon. C'est quelquefois très difficile, c'est pourquoi l'inondation de la cavité péritonéale « en quantité pseudo-ascitique » (Lardennois) par du sérum, outre son rôle protecteur et nutritif, facilitera la reposition normale des organes.

I) La fermeture du péritoine pariétal est la dernière précaution opératoire et non des moindres. On sait avec quelle fréquence les adhérences se font à la face profonde de la cicatrice péritonéale.

On n'a pas de peine à admettre qu'une bonne suture met à l'abri d'adhérence à son niveau.

Avant de suturer il faut repérer le péritoine, le décoller légèrement de son plan sous-séreux de façon qu'on puisse l'attirer sans le

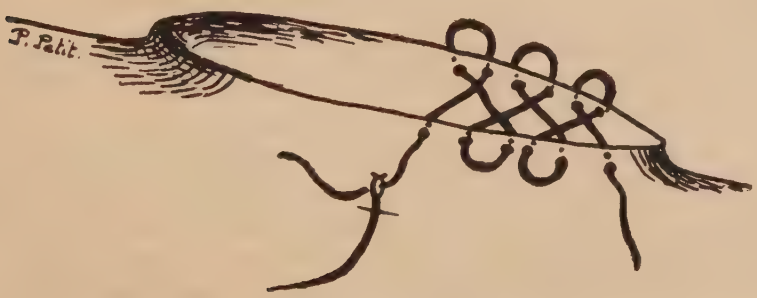

Fig. 19 (demi-schématique). — Technique du surjet du péritoine pariétal permettant l'affrontement des deux lèvres par leur face endolhéliale (KRIEF).

déchirer (1). La suture doit permettre d'obtenir un accolement des deux lèvres par leur face endothéliale, en éversant le bord des lèvres. Ceci peut être réalisé par une série de points en U, ou par le surjet représenté dans la figure ci-jointe où les boucles restent toujours sur un plan frontal sans enserrer les bords libres des lèvres. Une

(1) On sait qu'il déchire facilement surtout au voisinage de l'ombilic.

fois le péritoine pariétal fermé, on en a pratiquement fini avec les possibilités d'adhérences par fautes de technique.

Dans certains cas, vu l'état du péritoine ou des viscères, la gravité de certains traumatismes, l'impossibilité de greffes épiploïques, la nécessité de drainages multiples. on a nettement l'impression qu'en fermant l'abdomen « sans rien faire » les adhérences sont inévitables.

On peut dans ces cas, avoir recours simplement à l'éthérification du péritoine comme antiseptique, à condition d'être prudent dans la quantité à y laisser, pour éviter les accidents graves, rapportés à la Société de Chirurgie en 1914 par Labey et Walther, et en 1926 par Mauclair, Basset et Vianney.

Le pneumo-péritoine signalé par Kastle (1920), conseillé par Zoeppritz et Feldman (1922) et étudié expérimentalement par M. Carnot, constitue un matelas gazeux qui empêche le contact entre les surfaces cruentées. Feldman injecte deux litres d'oxygène après l'opération. M. Carnot de l'air, l'oxygène se résorbe, les 4/5 d'azote restent pour former le matelas gazeux.

M. Carnot dit que ses expériences ont été concluantes, mais ce procédé n'est pas encore entré dans le domaine pratique.

c) **SOINS POST-OPÉRATOIRES.** — Quand on craint les adhérences post-opératoires il est une série de mesures à prendre, qui peuvent éviter ou diminuer leur formation.

La mobilisation des anses gêne certainement une parfaite coalescence entre deux surfaces avivées. C'est sur ce principe, que se basait déjà Payr, qui donnait à ses opérés de la limaille de fer, et par électro-aimentation obtenait ainsi une mobilisation des anses. Aujourd'hui on a des produits susceptibles d'agir dans le même sens. C'est ainsi que certains chirurgiens donnent de l'extrait pituitaire à la dose de 1 centimètre cube par jour pendant 4 jours de suite, puis 3 jours par semaine.

Hershell a conseillé des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de fibrolysine dérivé de la thiosinamine. M. Pauchet recommande l'iodolysine qui « résorberait » le tissu inflammatoire.

La diathermothérapie et la physiothérapie d'une façon générale sont à déconseiller au point de vue prophylactique. Par leur action congestive, elles risquent de favoriser les adhérences — dont le dé-

veloppement n'est pas sûr — mieux vaut les réserves pour les adhérences organisées.

Enfin on doit éviter à tout prix, au moment de la reprise du régime, toutes les sources de réactions colitiques dont l'action sur les adhérences est sûrement néfaste.

TRAITEMENT CURATIF

Il n'en existe pas qui à proprement parler puisse faire disparaître les adhérences. Tout ce que l'on peut obtenir c'est de diminuer ou de faire disparaître le rôle nocif de certaines d'entre elles. Depuis longtemps (1911), Richardson a dit : « Il est vain de chercher un agent capable de faire disparaître les adhérences étant donné que les processus qui aboutissent à leur formation sont identiques à ceux qui aboutissent à la réparation des lésions péritonéales ».

TRAITEMENT NON SANGLANT.

Tous les éléments déjà vus du traitement médical trouvent ici leur application. En fait, il vaut mieux avoir recours d'emblée aux moyens physiothérapiques plus puissants qui donnent des succès plus certains. Cependant de beaux résultats sont observés, par les injections intra-musculaires de liquide de Jacobson (éther-benzyl-cinnamique).

Tout échec du traitement médical, rend légitime une intervention.

TRAITEMENT SANGLANT.

Les mêmes principes, énoncés à propos du traitement chirurgical des péricolites et à propos de la prophylaxie pré-opératoire des adhérences, trouvent ici une juste place. On conçoit que toutes les précautions prises dans un abdomen pour éviter les adhérences, doivent être redoublées alors qu'il en existe déjà.

Après la laparotomie et l'établissement du bilan des lésions, les décisions à prendre restent les mêmes ; soit libérations d'adhérences, soit procédés plus hardis (dans les cas avancés) de dérivations ou d'exérèses. Enfin toutes les précautions opératoires et post-opératoires devront être mises en jeu avec une attention toute particulière.

Nous insistons sur quelques points de détails.

Il faut toujours pratiquer une laparotomie médiane même dans

les séquelles de simple appendicectomie, et laisser à un aide le soin de soulever la paroi.

Dans le cas d'adhérences péri-iléo-colitiques localisées, il faut repérer le segment de passage entre le grêle sain et le grêle compris dans le « paquet » d'adhérences ; de même, il faut limiter en hauteur sur le côlon, l'étendue du foyer d'adhérences.

Il faut commencer toujours par libérer l'épiploon (voir fig. 16-17) en utilisant les plans de clivage. Si les adhérences sont trop « organisées » il faut sectionner l'épiploon, et laisser la partie adhérente sur l'intestin. Cette libération faite, on « voit » déjà beaucoup mieux. Puis lentement, avec douceur, on nettoie le grêle en se servant le moins possible d'instruments et de compresses. Les adhérences par accolements séreux cèdent facilement après section des éléments fibreux qui doublent leur bord libre. Chaque fois qu'on se trouve en présence d'adhérences fibreuses il vaut mieux les reséquer, que les sectionner. Très souvent on trouve au niveau de l'iléon terminal, une coudure accusée formant un V ouvert en haut et qu'il faut libérer. On doit enfin continuer par libérer le caecum et le côlon ascendant, en dégageant les plissements séreux membraniformes et les brides péricoliques. Il ne faut s'arrêter que lorsque tout le segment iléo-colique reprend une disposition voisine de la normale.

C'est alors qu'il faut se mettre en devoir de réparer tous les petits incidents de cette libération. Ils sont d'autant moindre, que l'on aura travaillé avec douceur, sans faire subir de tractions ou de frictions inutiles. Dans certains cas, ils sont si accusés, qu'ils ne sont pas réparables et qu'il faut n'avoir aucune hésitation à réséquer le segment très altéré. Sinon, on court vers la reformation des adhérences et on risque souvent de les voir s'étendre. Le travail consiste en fait, en repéritonisation des zones avivées et en hémostase de toutes les zones qui saignent. C'est là un travail très lent, très minutieux qui constitue une chirurgie spéciale pour laquelle on doit s'accomoder. L'acte chirurgical une fois fini, il est parfois surprenant de voir la différence entre l'état anatomique du début et celui qui suit l'intervention.

Suivant les tendances et l'expérience de certains chirurgiens, on pourra employer pour éviter la reformation des adhérences, l'un des procédés que nous avons déjà signalés. M. Lardennois conseille de n'employer que le sérum physiologique en grande quantité, dont il s'est bien trouvé.

Soins post-opératoires.

On ne doit pas, et on ne peut pas s'en passer, si on veut que le traitement chirurgical soit satisfaisant. Il doit être long, et on doit mettre en garde les malades contre les améliorations trop rapides qui les inciteraient à abandonner tout traitement. Nous avons déjà vu les grandes lignes du traitement médical, physiothérapique, et hydrominéral.

La collaboration médico-chirurgicale doit être très étroite, le chirurgien qui a « vu » l'état du péritoine, l'état des viscères, et qui sait ce qu'il a « fait » doit indiquer les principes de la direction de ce traitement.

RÉSULTATS.

C'est avec une indication opératoire bien posée, une préparation convenable de l'opéré, une technique impeccable et des soins post-opératoires énergiques qu'on obtient chez les opérés porteurs d'adhérences post-opératoires, des résultats qui sont très encourageants, très appréciés, et qui équivalent parfois à des véritables résurrections.

Dans certains cas, malheureusement, après une amélioration passagère, l'état redevient ce qu'il était, et parfois s'aggrave, c'est souvent le cas de « porteurs » d'adhérences auxquels on n'a pas osé proposer une nouvelle intervention, ou qui ne se décident que tardivement, alors que les lésions trop étendues créent un véritable obstacle aux manœuvres chirurgicales.

Dans d'autres cas, malgré une thérapeutique impeccable, et alors qu'on envisage une amélioration, les troubles réapparaissent. Ou bien, il s'agit de malades voués « quoiqu'on fasse », à la périviscérite abdominale généralisée, ou bien il s'agit de nouvelles adhérences dûes à la seconde intervention et qui sont susceptibles d'améliorations. On conçoit toute l'autorité qu'il faut avoir et toute la confiance qu'il faut inspirer, pour proposer à ces opérés une nouvelle intervention. Et cependant, il ne faut pas se décourager, il est des malades qu'on n'arrive à soulager et à ne débarrasser qu'après deux ou trois interventions.

C'est pour éviter d'en arriver à ces « symphysés » de l'abdomen qui traînent de médecins en médecins désespérant de ne jamais guérir, qu'il vaut mieux tout faire pour prévenir les péricolites adhésives, plutôt que de se heurter aux difficultés du traitement curatif.

CONCLUSIONS

A)Les péricolites droites sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles comprennent des formations réparties depuis l'angle colique droit, jusqu'aux derniers quinze centimètres de l'iléon. Ces formations (brides, membranes, replis) doivent être distinguées des lésions habituellement rencontrées dans la fosse iliaque droite et qui sont toutes facteurs de dextriliacalgie.

I. — Autour du côlon proximal on peut voir :

a) des formations PERICOLIQUES, de nature les plus souvent congénitale, représentées par les membranes du type Jackson.

b) Des formations PERICOLITIQUES de nature inflammatoire représentées surtout, par les épiploïtes adhérentes, et les plissements séreux membraniformes.

Autour de l'iléon terminal on peut voir :

Des brides du type Lane sus-iléales, des plissements séreux réalisant les brides sous-iléales (Lardennois), des péri-iléïtes entraînant des déviations sténosantes de l'angle iléo-caecal.

Ces formations peuvent être associées à d'autres lésions viscérales — colites, appendicites — et deviennent pathogènes en rétrécissant la lumière iléale ou colique, ou en troublant le dynamisme colique.

II. — Leur histoire clinique débute le plus souvent à l'âge adulte et s'observe surtout chez les femmes. Schématiquement elle évolue en quatre périodes : 1° Période latente de tolérance ; 2° Période de réaction ; surtout douloureuse ; 3° Période de défaillance avec troubles du transit digestif et atteinte de l'état général ; 4° Période d'asystolie caeco-colique, de stase intestinale chronique avec réactions d'ordre général.

III. L'évolution est dominée par une série de complications. Il faut surtout retenir les accidents d'obstruction et d'occlusion intes-

tinale, la stase duodénale, les réactions gastriques de « solidarité » pouvant aboutir à l'ulcère, les accidents hépato-cholecystiques avec cholélithiase, les colites stasiques, les périviscérites adhésives généralisées.

Tous les appareils peuvent être atteints par l'auto-intoxication intestinale.

IV. — L'aspect clinique varie avec chaque malade, avec la nature et le siège de la formation péricolique. Il faut retenir surtout, les formes : pseudo-appendiculaires, gastriques, stasiques et associées à des formations péricoliques gauches.

V. — Le diagnostic clinique est très difficile. Il faut penser aux péri-iléocolites en présence de tout syndrome du carrefour inférieur droit qui ne « fait pas sa preuve ».

Il pose ainsi le problème de toutes les dextriliacalgies. La radiologie avec examen complet du transit digestif est absolument indispensable.

B) I. — Les adhérences post-opératoires péri-iléocoliques sont favorisées par un état transitoire du « terrain » et par une transformation collagène et fibroplastique de l'exsudat péritonéal.

II. — Elles sont déterminées, surtout par un traumatisme du péritoine viscéral ou pariétal.

L'épiploon est toujours présent au foyer d'adhérences, et c'est lui surtout qui « brouille » la disposition anatomique. Les adhérences ont lieu, entre surfaces avivées sans plan de clivage, ou par accolements de surfaces séreuses avec plan de clivage.

III. — Elles déterminent des troubles, différents de ceux qui ont déterminé l'opération. Ce peut être soit des troubles douloureux, soit des troubles du transit digestif.

Elles risquent de se compliquer d'occlusion intestinale ou de périviscérite généralisée.

C) Le traitement des péricolites droites est complexe et variable avec chaque cas.

I. — Le traitement *préventif* consiste à détruire les formations congénitales pathogènes et à supprimer les sources d'infections primitives (colite appendicite...).

II. — Le traitement *curatif* doit être d'abord médical, son inefficacité constitue l'essentielle indication chirurgicale.

a) L'acte chirurgical est difficile à déterminer à l'avance, même quand on connaît bien « son malade ». Il faut être prêt à toutes les surprises, et avoir recours à des incisions longues. Nous proposons une technique personnelle d'incision des plans cutané et sous-cutané qui donne des cicatrices très convenables.

La voie d'abord doit être, médiane sous-ombilicale lorsque le diagnostic est douteux ; latérale quand la lésion est localisée au segment iléocolique. Nous proposons une voie d'abord latérale personnelle, qui sans être mutilante, donne un large accès sur le côlon proximal et surtout sur sa face externe.

b) Dans les cas pris au début, une opération de libération, une « péricololyse », suffit, associée ou non suivant les cas, à d'autres manœuvres.

c) Dans les cas avancés, on a le choix entre les opérations d'exérèses ou de dérivation du segment iléo-colique. L'hémicolectomie droite donnerait de meilleurs résultats.

On ne doit pas opposer les thérapeutiques, elles peuvent être associées, ou bien avoir leur indication respective. A n'être fidèle qu'à une seule thérapeutique on court sûrement vers des insuccès.

C'est à la négligence des soins post-opératoires que sont imputables beaucoup d'échecs.

III. — Le traitement des adhérences post-opératoires peut-être *prophylactique*, et consister : dans des opérations faites strictement « à froid », dans le respect du péritoine par une série de précautions chirurgicales, dans la réparation systématique de ses blessures par réendothélialisation, et dans le fait d'éviter les réactions colitiques post-opératoires. Le traitement *curatif* en cas d'adhérences pathogènes, doit utiliser surtout le traitemen médical et physiothérapique. En cas d'insuccès il ne faut pas s'obstiner, et il faut recourir au traitement chirurgical de libération avant que les adhérences n'aient étendu leur processus adhésif.

Les résultats dépendent d'une indication thérapeutique bien posée, d'un traitement opportun et judicieux, d'une technique chirurgicale bien appropriée, de soins énergiques post-opératoires.

OBSERVATIONS

Il a été publié un tellement grand nombre d'observations, qu'en fait, il semble que tous les cas de péricolite aient été envisagés et décrits.

Nous ne citons là, que des observations inédites. Pour la plupart, notre Maître, M. Lardennois, nous a permis de les recueillir dans son service. Nous en avons volontairement restreint le nombre, et ne nous sommes arrêtés, qu'à celles qui pouvaient contenir un point utile à l'illustration du texte.

Dans ces observations, nous avons surtout essayé de faire un compte rendu opératoire le plus complet possible, pour les opérations auxquelles nous avons pu assister.

Presque toujours, dans les cas d'incisions latérales, il s'est agi d'un syndrôme d'appendicite chronique, ce qui trace l'allure clinique que nous n'avons pas toujours reportée. Dans les cas d'incisions médianes, nous nous sommes efforcés de voir le plus souvent possible les faits de péricolite, même en dehors de toute histoire clinique, s'y rapportant ; c'est pourquoi certaines observations n'ont pas un point de départ clinique de dextriliacalgie.

Nous présentons ces observations en 4 groupes. Les 3 premiers se rapportent à des faits recueillis pendant notre quatrième année d'Internat.

Le 1er *groupe* comprend, des faits de syndrômes douloureux de la fosse iliaque droite qui ont nécessité le plus souvent des incisions latérales.

Le 2e *groupe* comprend, des cas de péri-iléotyphlocolites, constatées au cours de laparatomies médianes, faites pour des affections diverses.

Le 3e *groupe* comprend, des interventions pratiquées pour un diagnostic d'appendicite chronique et qui ont révélé l'existence de formations péricoliques pathogènes.

Le 4e groupe résume, une série d'observations détachées des 663 cas d'appendicites chroniques opérés dans le service de M. Lardennois à l'Hospice des Ménages, de 1922 à 1926. Sur ces 663 cas, nous relevons 75 observations qui comprennent des faits de péri-iléotyphlocolites. Il ne faut pas attacher à cette statistique une valeur intégrale, ces 663 cas ayant été opérés par des chirurgiens différents, certains d'entre eux, n'ayant pas toujours mentionné les réusltats de leur exploration supposée de l'iléon terminal et du côlon ascendant.

Dans les 109 observations de ces 4 groupes, nous relevons :

49 cas de péri-iléite terminale ;

36 cas de péricolite droite proprement dite ;

11 cas de coexistence de formations péri-iléotyphlocoliques ;

13 cas d'adhérences post-opératoires.

A) Sur les 49 cas de péri-iléite, nous relevons 19 cas de brides de Lane, 25 cas de brides sous et prétermino-iléale, 7 cas de brides iléo-caecales ou iléo-pariétales.

27 cas appartiennent au sexe féminin, 22 cas au sexe masculin.

Généralement c'est entre 16 et 35 ans que les malades ont été opérés : le plus jeune a 7 ans (Ob. LXIII), le plus âgé 55 ans (Obs. VIIIC).

B) Sur les 36 cas de péricolite, nous relevons :

21 cas de péricolite membraneuse du type Jackson ; 11 cas de péricolite inflammatoire du type plissement séreux membraniforme ; 2 cas de pérityphlite membraneuse isolée ; 2 cas de péri-appendicite membraneuse isolée (Obs. VII et XCIX).

28 cas appartiennent au sexe féminin, 6 cas appartiennent au sexe masculin.

Généralement c'est entre 15 et 45 ans qu'ont été opéré les malades ; le plus jeune a 13 ans (Obs. XXXXIV) dans les péricolites membraneuses, et 11 ans (Obs. LVII) dans les péricolites inflammatoires.

C) Sur les 11 cas de coexistence, nous notons : 3 cas d'association de membrane péricolique du type Jackson avec une bride sous et prétermino-iléale (Obs. XXXVI-VL-LIII) ;

2 cas d'association d'une membrane de Jackson avec une péricolite inflammatoire (Obs. IX-XII) ;

2 cas d'association d'une bride de Lane avec une bride sous et prétermino-iléale (Obs. V et LXV) ;

2 cas de bride sous et prétermino-iléale associée à une mésentérite localisée à la coudure iléale (Obs. XVI et XXXI) ;

1 cas de pérityphlite et de bride iléo-caecale (Obs. LVIII) ;

1 cas de périappendicite membraneuse et de bride sous-iléale (Obs. VII).

GROUPE I

OBSERVATION I

M. Barth... Gabriel, 30 ans.

Entre à l'Hospice des Ménages le 20 janvier 1927, pour douleurs dans le creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite, accompagnée de constipation.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. De tout temps le malade se rappelle avoir été constipé.

C'est surtout depuis un an, qu'il se plaint de douleurs. Celles-ci surviennent environ deux heures après les repas, et se caractérisent par une crampe douloureuse dans le creux épigastrique sans irradiations, sans vomissements, et s'améliorant par la position à « plat ventre ». Ces douleurs surviennent par accès qui durent de 10 à 12 jours. Le malade restreint son alimentation, et depuis quelques mois maigrit beaucoup.

Avec ces douleurs épigastriques, le malade accuse — surtout lorsque la constipation est marquée — une sensation de plénitude douloureuse de la fosse iliaque droite, qui dure plus longtemps que celle de l'épigastre, et ne cesse le plus souvent qu'après présentation à la garde robe. Elle ne s'accompagne d'aucune irradiation, et d'aucun vomissement. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a eu pendant deux jours, une douleur beaucoup plus violente dans la fosse iliaque qui l'a décidé à se faire hospitaliser.

A l'examen, la région caecale est douloureuse, sur une large étendue. Cette zone douloureuse se continue en bas et en dedans, avec une zone sensible aussi. Le caecum est plat, non gargouillant.

La zone douloureuse reste fixe en décubitus. L'épigastre est sensible, mais ne présente aucun autre caractère pathologique. Rien à la région vésiculaire. Sensibilité du côlon sigmoïde. La température est normale, le pouls est bon. Rien aux urines ni au sang. Rien aux autres appareils.

La radioscopie montre, un estomac gros, abaissé, mais hyperkinétique ; le point douloureux est nettement au-dessus de la petite courbure. La radioscopie du côlon le montre normal, le caecum est gros et douloureux sur son bord interne.

Rien dans l'état du malade ne s'oppose à une opération.

Opération le 10 février 1927.

Incision de Mac Burney. Caecum normal. L'appendice facilement extériorisable semble normal d'aspect. Appendicectomie. Enfouissement.

Libération de l'épiploon à la face postérieure du canal inguinal. (Le malade a été opéré d'une hernie inguinale antérieurement).

L'examen du grêle est difficile à faire, car il semble retenu et s'extériorise mal. En écartant bien la lèvre gauche de l'incision, on voit que les quinze derniers centimètres de l'iléon, forment un V ouvert en haut, dont le sommet est fixé par un repli, qui semble parti du péritoine pariétal postérieur au voisinage du détroit supérieur. L'examen de ce repli, montre qu'il se termine sur la face antérieure du grêle, (près du feuillet antérieur du mésentère) par un bord bien visible, convexe en haut et qui tranche avec l'iléon. De la pointe du bistouri on détache ce bord en passant dans la dépression minime comprise entre lui et l'iléon. Ceci amorcé, on pénètre dans un plan de clivage qui sépare l'iléon du repli. A mesure qu'on avance l'iléon se

libère, il se déroule suivant son axe longitudinal, et c'est ainsi qu'on constate que ce repli tapissait la face antérieure, et le bord libre de l'iléon terminal, et que la face postérieure de l'iléon se repliait sur elle-même. L'iléon libéré, la bride doit encore être clivée du feuillet postérieur du mésentère ; ce clivage entraîne un léger suintement. Cette pratique terminée, l'iléon a repris une mobilité complète, et le repli parti du péritoine postérieur s'est déplissé entièrement.

L'examen du grêle montre, que la partie en aval de la bride est affaissée et rouge, celle en amont est distendue, bleuâtre, atone, remplie de liquide. Hémostase. On termine par l'introduction d'un litre de sérum à 38°.

Cette observation montre, un cas type, de bride sous et prétermino-iléale avec grêle coudé et tordu sur son axe. Elle illustre la technique de sa libération.

OBSERVATION II

Mme Ter... Maria, italienne, 35 ans, employée.

Est envoyée à l'hôpital le 24 Février 1927, pour douleurs dans la fosse iliaque droite, qui au dire de la malade seraient dûes à une contusion de l'abdomen survenue six mois auparavant.

La malade se plaint de douleurs survenant par crises, siègeant nettement dans la fosse iliaque droite avec irradiation crurale, non accompagnée de vomissement ni de température. Ces crises douloureuses, sont suivies de crises de constipation très opiniâtre qui ont duré jusqu'à 15 jours. Par ailleurs aucune modification organique.

A noter qu'il s'agit d'une malade très nerveuse convaincue que l'intervention chirurgicale améliorera tous ses troubles.

L'examen de la fosse iliaque montre un caecum sensible, ni augmenté de volume, ni ptosé, ni mobile. Par ailleurs, le cadre colique est normal. La région gastro-vésiculaire est normale. Rien au toucher vaginal. Cœur et poumons normaux. Rien d'anormal dans les urines.

L'examen radiologique ne révèle rien d'anormal, cependant le caecum semble fixé sur son bord externe et à ce niveau il est sensible.

Nous nous décidons à opérer cette malade qui réclame l'intervention et qui est convaincue d'être désormais guérie. Nous insistons cependant sur la nécessité d'un traitement médical post opératoire qui pourra être long.

Opération le 15 Mars 1927.

Incision de Mac Burney.

On attire le caecum dans la plaie, mais il semble retenu par son bord externe.

L'appendice est énuclée au doigt ; il est libre, un peu congestionné à sa pointe. Appendicectomie sans enfouissement.

Nous cherchons alors la raison de la mobilité insuffisante du caecum, et nous trouvons en l'attirant dans la plaie, qu'il entraîne sur son bord externe, un repli du péritoine pariétal en « vague » sur une étendue de 5 centimètres environ, dont le bord libre atteint la partie externe de la face antérieure. Ce bord libre est facilement décollé du caecum, et on pénètre ainsi dans un plan de clivage. Au fur et à mesure de cette libération — qui se fait sans aucune hemorragie — le caecum est plus mobile et le repli s'affaisse dans la fosse iliaque.

Rien aux annexes droits.

Paroi en trois plans.

A noter dans cette observation, la réaction de péricolite latéro-caecale dont l'origine ne fut pas établie au cours de l'intervention. Elle fixait le caecum (fait contrôlé par la radioscopie) et gênait peut-être son fonctionnement.

OBSERVATION III

Mme Bru..., 23 ans.

Entre à l'Hospice des Ménages le 14 Mars 1927, à la suite de crises douloureuses répétées dans la fosse iliaque droite, et suivies de constipation opiniâtre. La malade a été opérée il y a un an d'appendicectomie à la suite de douleurs identiques à celles qu'elle ressent actuellement.

Depuis son opération, et après une amélioration d'environ 4 mois, la malade présente une constipation opiniâtre avec, de temps en temps, des crises beaucoup plus douloureuses, à début brusque, siégeant dans la fosse iliaque, accompagnées parfois de vomissements, mais sans élévation de température. Ces crises durent de un à deux jours, sont soulagées par la position allongée, et se terminent par une émission abondante de gaz.

Nous avons assisté à l'une de ces crises qui imposait le diagnostic d'obstruction chronique, et nous pensions à des adhérences post opératoires. Les autres examens cliniques et de laboratoire n'ont rien révélé d'anormal.

L'examen aux rayons X pratiqué par lavement rectal, montre une traversée normale jusqu'à l'angle hépatique. A ce niveau, le bismuth s'arrête un temps malqué la poussée du lavement, et c'est lentement que le caecum se remplit par à-coups, comme si un obstacle colique haut situé gênait le passage du bismuth. A la fin de l'examen, le caecum est très visible, et apparaît plus gros que normalement.

Opérée le 26 Mars 1927.

Incision de Walther sur une longueur de 12 centimètres.

Le caecum est gros, aminci, atone, bleuâtre. Sur le bord externe du caecum, il existe nettement une « vague d'assaut », dont le bord libre a atteint presque sa face antérieure. Ce repli est facilement libéré, et la face externe du caecum reprend une mobilité normale.

L'examen de l'angle hépatique est plus instructif, il est précroisé par une bride allant de la paroi latérale de l'hypocondre à la portion d'origine du transverse. Cette bride, sectionnée, donne un jeu insuffisant au coude hépatique. En effet, le coude n'est pas réductible, une membrane le maintient les deux branches. Elle présente des parties nettement fibreuses, et ce n'est qu'après la libération de cette membrane, qu'on peut ouvrir le coude hépatique, et le fixer par quelques points. Rien sur l'iléon terminal. La cicatrice d'appendicectomie est nette.

Cette observation de péricolite de l'angle hépatique, est intéressante, d'une part, par la coexistence au niveau de l'angle de la bride péricolique et de la membrane intercolique ; d'autre part, par l'existence d'un plissement séreux sur la face externe du caecum. Le repli inférieur et externe semble une réaction de péricolite post opératoire. La péricolite de l'angle existait vraisemblablement à la précédente intervention et c'est elle qui déterminait les crises obstructives.

OBSERVATION IV

M. Ch... François, 35 ans.

Entre à l'hôpital le 12 Mai 1927, à la suite d'une crise appendiculaire sur-

venue il y a 3 jours, et s'étant caractérisée par des douleurs brusques et des vomissements bilieux.

Le malade a déjà fait une crise analogue il y a 14 mois, qui a duré 5 jours, et s'est calmée sous l'influence de la glace et du repos au lit.

Entre les deux crises, le malade qui était à un régime peu sévère, présentait de temps en temps, quelques coliques dans la fosse iliaque droite, suivies de constipation qui durait quelques semaines. Ces petites crises douloureuses s'accompagnaient régulièrement d'épigastralgie et de nausées. L'appétit reste conservé. Les digestions sont lentes.

L'examen de la fosse iliaque permet le diagnostic de crise d'appendicite en voie de refroidissement. La région épigastrique est douloureuse. Foie et reins normaux.

Après 4 semaines de repos, de diète et de glace sur le ventre, la température étant redevnue normale on décide l'appendicectomie.

Opération le 13 Juin 1927.

Incision de Mac Burney.

Caecum d'apparence normale.

L'appendice est difficilement extériorisable. On le trouve adhérent à la face antérieure de l'iléon et sur la partie correspondante du mésentère. Libération de l'appendice. Extirpation. Enfouissement.

L'examen des quinze derniers centimètres du grêle, le montre nettement coudé en V ouvert en haut, par une bride sous et prétermino-iléale, qui part du péritoine pariétal postérieur à cheval sur le détroit supérieur. Le grêle est nettement tordu sur son axe.

Libération du repli en disséquant le bord libre de la « vague d'assaut », et libération de la face postérieure du mésentère qui est tapissée aussi par le repli. La libération au niveau du mésentère est un peu plus difficile et fait saigner légèrement.

Le grêle en amont du V est nettement dilaté, stasique, atone, bleuâtre contenant encore du liquide.

L'examen du mésentère au niveau de l'angle iléo-caecal montre deux gros ganglions inflammatoires.

Ici, l'appendicite ne fait aucun doute, et la bride sous et prétermino-iléale semble être une réaction du péritoine voisin.

OBSERVATION V

M. La, Joseph 39 ans employé.

Entre à l'Hospice des Ménages le 4 juillet 1927, pour phénomènes douloureux siégeant dans la fosse iliaque droite et à l'épigastre.

Le début de ces troubles remonte à 3 ans. A cette période, « à la suite d'un repas copieux », le malade fût pris d'une douleur généralisée à tout l'abdomen, avec vomissements abondants et diarrhée, qui fut diagnostiquée « ingestion ». Au bout de deux jours tout rentre dans l'ordre.

Il y a un an, crise douloureuse dans la fosse iliaque droite peu importante, mais suivie d'une constipation opiniâtre qui dura quelques temps.

Depuis 5 mois, le malade se plaint surtout de phénomènes gastriques, digestions lentes, pénibles, perte de l'appétit, constipation. Son état général s'est modifié, teint pâle, faciés fatigué.

Il y a une quinzaine de jours, et pendant 3 jours de suite, les douleurs au creux épigastrique furent très violentes, survenant environ deux heures

après les repas. Ces crises se calmaient par des vomissements que provoquait volontairement le malade. Cependant, la douleur reprenait dans la fosse iliaque, apparaissait après celle du creux épigastrique, et persistait plus longtemps.

Cet état gastrique s'est amélioré par un régime sévère, mais il persiste un endolorissement continu de la fosse iliaque et une sensation de tension dans le creux épigastrique.

L'examen révèle deux zones douloureuses ; l'une au creux épigastrique nettement sur la ligne médiane, l'autre dans la région de la fosse iliaque plus diffuse en dedans. Rien à signaler comme antécédents. Les autres appareils sont normaux.

La radioscopie de l'estomac le montre hypertonique et s'évacuant bien. Le point douloureux est au-dessus du pylore. Celle du côlon pratiquée par lavement bismuthé, montre un caecum sensible, le point le plus douloureux siège en dedans du caecum. Le diagnostic radiologique reste hésitant entre une affection gastrique et une affection appendiculaire.

On propose au malade une intervention d'abord appendiculaire que rien ne contre indique.

Opération le 16 Juillet 1927.

Incision de Mac Burney. On tombe sur un caecum très mobile, très facilement extériorisable et d'aspect normal. L'appendice rétro-caecal présente quelques arborisations vasculaires, mais aucune adhérence. Appendicectomie sans enfouissement.

L'examen du grêle est difficile car il ne « vient » pas facilement. En effet, quand on écarte les lèvres de la plaie, on voit que le grêle forme un V ouvert en bas, dont les deux branches sont accolées entre elles, et surtout réunies par des petits ponts fibreux. Le sommet du V se continue sur la face antérieure du mésentère, par une mésentérite rétractile localisée.

On essaie en vain de trouver un plan de clivage pour libérer cette coudure et on est forcé alors de sectionner ces brides qui semblent la maintenir. La section de celles qui réunissent entre elles les deux branches, fait saigner abondamment.

Après cette réduction, on continue l'exploration du grêle en amont, et on est très étonné de voir qu'a nouveau il ne se laisse pas dérouler. On agrandit l'incision, ce qui permet de voir une nouvelle coudure iléale à V ouvert en haut, et situé à 5 cm. de la première. Dans cette nouvelle coudure seule le sommet du V est fixé. On tend les deux branches, ce qui tend en même temps le repli au sommet du V. Ce repli parti du péritoine pelvien, large d'un gros travers de doigt, présente un bord libre distinct, accollé contre la face postérieure de l'iléon. La libération de ce bord permet d'entrer dans un plan de clivage, ce qui libère progressivement le grêle et le déroule. Le repli s'accole aussi au feuillet du mésentère et la libération est plus difficile à ce niveau. Après libération le repli s'affaise sur le péritoine pariétal. Le grêle est rouge au niveau des coudures, bleuâtre et stasique en amont de la coudure la plus interne.

En résumé, double coudure iléale ; la première sans plan clivage, rappelle ce que décrit Lane, la deuxième sous et pretermino iléale rappelle celle que signale M. Lardennois.

OBSERVATION VI

Mme Thie, 20 ans 1/2.

Envoyée à l'Hospice des Ménages le 25 Juillet 1927 par son médecin pour appendicite chronique.

La malade n'a pas eu de crises, elle se plaint de troubles digestifs vagues, perte de l'appétit, nausées, constipation opiniâtre, et de douleurs siégeant à droite survenant après le repas, et se calmant par la position allongée. Il s'agit plutôt, d'un endolorissement pénible en position debout et pendant le travail.

L'examen révèle en effet, une fosse iliaque sensible. Le caecum parait vide et plat, il n'y a pas de points douloureux, mais une sensibilité diffuse qui se continue avec la région hypogastrique. Le côlon iliaque gauche est sensible.

La région gastro vesiculaire est normale.

Rien au toucher vaginal ni aux autres appareils.

Rien ne s'oppose à une appendicectomie après examen de la malade.

Opération le 27 Juillet 1927.

Incision de Mac Burney.

Le caecum attiré facilement vers l'incision est nettement mobile. On attire en même temps l'appendice, qui est gros, d'aspect normal, appliqué à la face postérieure du côlon proximal dont il faut le dégager. Appendicectomie.

L'examen du grêle montre l'existence d'une double bride.

La première, réunit la face antérieure de l'iléon près de l'abouchement caecal, à la face antérieure du caecum. Il semble que ce soit le repli iléo-caecal sclérosé. La section de ce repli ouvre l'angle iléo-caecal inférieur. La deuxième siège au dessous de l'iléon, à 7 centimètres environ. C'est une bride sous et prétermino-iléale typique, dont le bord supérieur accolé à l'iléon se libère facilement. Ce repli parti du péritoine pariétal de la fosse iliaque, tapisse la face postérieure du mésentère ; puis la face postérieure, le bord libre et une partie de la face antérieure de l'iléon. La libération de l'iléon est aisée, elle permet de le dérouler.

En résumé. Bride sous et prétermino-iléale, associée à une bride iléo-caecale avec caecum mobile.

OBSERVATION VII

Mme Che..., 25 ans, sans profession.

Entre à l'Hôpital le 1er Octobre 1927, pour crises douloureuses dans la fosse iliaque droite accompagnées de nausées et de constipation.

Le début remonte à environ 3 mois. La malade éprouve de temps en temps, surtout 2 à 3 heures après les repas, une douleur dans la fosse iliaque droite sans irradiations avec état nauséeux. Ces petites crises durent environ de 2 à 3 heures, ne s'accompagnent pas de température, et cèdent spontanément.

La malade signale en même temps que la douleur dans la fosse iliaque, une douleur épigastrique survenant une heure après les repas, mais pouvant exister indépendamment de la douleur iliaque.

L'examen local montre une douleur qui s'étend dans tous le bas-ventre, et nettement plus bas, située que dans la zone appendiculaire. Cette douleur est

très vive et contraste avec le reste de l'abdomen. Point épigastrique net. Rien à la région hépatique.

A noter que la fosse iliaque droite devient plus sensible, quand après l'avoir palpée la cuisse fléchie, on fait étendre brusquement la cuisse.

Le toucher vaginal montre, un utérus normal, une douleur nette dans le cul de sac droit, et un cul de sac gauche souple.

L'examen des autres appareils les montre normaux.

La radioscopie n'a pas pu être pratiquée.

On diagnostique appendicite pelvienne ou salpingite droite et on propose à la malade une intervention par voie médiane.

Opération le 14 Octobre 1927.

Incision médiane sous ombilicale.

Quand on attire le caecum, il se trouve mobile et dépourvu de tout voile membraneux. L'appendice est rétro-caecal. Il est entouré d'un voile péri-appendiculaire dont l'insertion pariétale a pû être sectionnée facilement. Fait important, ce voile qui ne présente aucune réaction inflammatoire n'existe que sur l'appendice. Le côlon jusqu'à l'angle hépatique en est dépourvu.

Appendicectomie.

L'examen de l'iléon terminal montre celui-ci, coudé en V ouvert en haut, à environ 6 centimètres de l'abouchement iléo-caecal. Cette coudure n'est ni le fait d'une bride de Lane, ni le fait d'une mésentérite rétractile. Il s'agit d'un repli du péritoine pariétal, parti suivant une ligne frontale à cheval sur la partie postérieure du détroit supérieur, et qui monte à l'assaut du grêle terminal, depuis son bord libre jusque sur sa face antérieure. Le bord libre de cette « vague d'assaut » dessine une ligne convexe en haut. La libération de cette bride permet de tomber dans un plan de clivage avasculaire, ce qui a pour but de libérer l'iléon. Le repli se déplisse en s'étalant sur le péritoine pariétal.

A noter, une teinte rougeâtre du grêle — stigmate inflammatoire — au niveau du sommet du V, contrastant avec la branche interne du V, laquelle est distendue par du liquide.

En résumé : Association de péri-appendicite membraneuse et de bride sous-iléale.

OBSERVATION VIII

Mme René P. 35 ans.

Entre à l'hôpital le 20 Octobre 1927 pour douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite avec troubles digestifs accentués.

Il y a 15 ans; salpingite améliorée depuis.

Il y a 5 ans, à côté des douleurs dans le bas-ventre, la malade ressent une douleur sous le rebord costal droit, violente, irradiant à l'épaule, s'accompagnant de température et suivie de subictère.

Il y a 4 ans, crise généralisée à tout le ventre, sans température. Un chirurgien appelé diagnostique appendicite et pratique l'appendicectomie. L'ovaire droit est reconnu sain.

L'appendicectomie n'est pas suivie d'amélioration ; au contraire, les douleurs s'étendent à toute la fose iliaque droite où elles prédominent, et par moment, tout l'abdomen est douloureux. A cette douleur, s'ajoutent des nausées persistantes, une constipation opiniâtre. De temps en temps, des

petites crises plus douloureuses surviennent au niveau de la fosse iliaque, elles sont terminées par évacuation abondante de gaz et suivies d'une constipation plus marquée. Tout le côlon proximal est douloureux à la palpation et paraît très mobile. Rien aux autres appareils.

La Radioscopie ne montre aucun arrêt dans le transit colique, mais un caecum dilaté et ptosé.

La persistance des douleurs, les crises de sub-obstruction, l'état général, décident de l'opération d'ailleurs réclamée par la malade.

Opération le 5 Novembre 1927.

Laparotomie médiane sous ombilicale. Dès l'ouverture on est étonné de ne trouver aucune trace d'adhérences dans la masse du grêle.

L'examen de la fosse iliaque droite montre, un caecum très augmenté de volume, bleuâtre, atone, lisse, le pincement ne réveille pas de contraction; des bosselures sont moins apparentes que sur un caecum normal et on l'attire facilement vers la plaie, car il est mobile. Cette manœuvre, tend une membrane pariéto-colique du type Jackson des plus nettes, avec un bord supérieur et un bord inférieur bien tracé. Son aspect est normal, et ne présente aucune trace de réaction inflammatoire. On ne relève aucune trace de striction du côlon par la membrane. Au-dessus de la membrane le côlon reprend son aspect normal. Rien sur l'angle hépatique ni sur l'épiploon.

En résumé : Typhlatonie, caecum mobile, membrane de Jackson. Il est difficile de faire le départ de ces trois constatations. La radioscopie n'ayant pas relevé de striction, on ne touche pas à la membrane et on fixe le caecum.

OBSERVATION IX

Mlle Mag. E. 16 ans.

Entre à l'hôpital le 26 Octobre 1927 à la suite d'une crise douloureuse dans la fosse iliaque accompagnée de vomissements.

Constipée depuis son enfance.

Depuis trois semaines douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, augmentées par les repas, atténuées par la position couchée et accompagnées de vomissements. Sur ce fond de constipation et de dextriliacalgie, le 26 octobre surviennent des douleurs dans le bas-ventre, avec maximum à droite, sans température, mais avec vomissements alimentaires abondants.

L'examen révèle dans la fosse iliaque, des douleurs vives et étendues. Le caecum ést gros, gargouillant et peu mobile. La palpation de la fosse iliaque est moins douloureuse quand la cuisse est fléchie, elle s'exagère à l'extension brusque de la cuisse.

L'examen des antécédents et des autres organes ne révèle rien d'anormal.

Opération le 2 Novembre 1927.

Incision de Walther. L'appendice est normal. Appendicectomie.

Le caecum est recouvert d'un voile membraneux, vasculaire, du type Jackson, mais quand on cherche la manière dont il se continue en dehors, on est frappé de voir qu'il semble présenter une double origine.

En effet, la moitié supérieure du voile se continue directement par un ligament pariéto-colique des plus nets, qui part de l'hypocondre en regard de l'angle hépatique. La moitié inférieure, se porte plus horizontalement en dehors, et se continue d'une façon indiscutable avec un plissement séreux membraniforme, parti de la partie supérieure de la fosse iliaque. Au bord libre du plissement, la membrane pré-caecale semble s'ouvrir en deux lames qui « pincent » le bord.

Cette observation nous semble intéressante, par l'uniformité de la partie pré-caecolique du voile de péricolite, et par la dualité d'origine ; la supérieure qui n'ajoute rien à ce que l'on a déjà décrit, l'inférieure qui montre l'étroite relation entre un plissement séreux membraniforme parti du péritoine pariétal et un voile membraneux.

Si on veut aller plus loin, on pourrait attribuer à la membrane de Jackson la constipation datant depuis le jeune âge amorçant la stase; et à la stase, le plissement séreux membraniforme.

OBSERVATION X

Mlle Vil. Renée, 17 ans.

Entre à l'Hospice des Ménages le 3 Novembre 1927 parce que pour la deuxième fois, elle présente une crise douloureuse, survenue brusquement après le repas de midi.

L'interrogatoire précise l'absence de phénomènes anormaux, avant la première crise qui remonte au mois d'avril. A ce moment, douleurs à début brusque, sans vomissements, sans température, environ 3 heures après les repas. Cette crise dure toute une journée et est calmée par le repos au lit avec une vessie d'eau chaude sur la région douloureuse.

Entre la première et la deuxième crise, rien d'anormal.

La deuxième crise a débuté le 29 Octobre dans les mêmes conditions, et la douleur est nettement comparée a « une boule qui voudrait se déplacer ». Pas de vomissements. Constipation.

A l'examen on trouve une douleur qui siège dans la partie inférieure de la fosse iliaque, mais il est difficile de conclure à un état pathologique important.

Sur l'avis du médecin traitant, qui a assisté aux crises, on pense à l'appendicite chronique et on intervient.

Dans les antécédents collatéraux, une sœur opérée pour des phénomènes analogues et qui depuis va mieux. Rien dans les antécédents personnels. Rien aux autres appareils.

Opération le 10 Novembre 1927.

Incision cutanée tangentielle.

Incision de Walther, longue de 10 centimètres.

L'examen du caecum montre deux parties distinctes, l'une supérieure normale, l'autre inférieure cachée par une membrane de péricolite. Cette membrane cache aussi complètement l'appendice.

L'étude de cette membrane est fort intéressante par son aspect extérieur. Elle s'étend dans l'ensemble, de la face antérieure et du bord inférieur des derniers centimètres de l'iléon, sous-tend le caecum et l'appendice, remonte le long du bord externe du côlon, pour se fixer sur le péritoine pariétal. Elle présente une face supérieure et interne qui tapisse le fond du caecum et qui semble le soutenir, un bord supérieur antérieur et interne net et qui sépare les deux parties du caecum déjà signalées.

La section de ce bord, permet de tomber dans un plan de clivage net d'où le caecum semble sortir. L'appendice visible est alors enlevé il ne montre aucune réaction appréciable. Nous avons réséqué ce bord sur une longue étendue car il pouvait être à l'origine d'une bride pathogène.

Cette observation est intéressante, par le fait qu'elle montre la continuité entre une membrane péricolique du type Jackson et une formation sous-iléale.

OBSERVATION XI

Mme A. Yvonne, 30 ans. Employée.

Entre à l'Hôpital des Ménages le 15 Novembre 1927, parce que depuis sept à huit mois elle se plaint de crises douloureuses abdominales, siégeant dans la fosse iliaque droite, et qui ont été diagnostiquées par son médecin : appendicite chronique.

Ces douleurs abdominales s'accompagnent de nausées, jamais de vomissements.

L'interrogatoire apprend que les fonctions intestinales sont mauvaises depuis un an environ, périodes de constipation durant 4 à 5 jours, entrecoupées de crises diarrhéiques.

L'état général est altéré, amaigrissement, asthénie, anémie, dysmenorrhée.

L'examen montre un angle hépatique sensible et des douleurs sur toute l'étendue du côlon droit ; cependant le maximum est nettement dans la région du point de Mac Burney. Le caecum est empâté, gros, gargouillant, peu mobile. Tout le cadre colique est sensible. Région vésiculaire douloureuse. Rien aux autres appareils.

L'examen radiologique — par lavement — montre une traversée digestive normale, le côlon droit est sensible à mi-hauteur.

Nous pensons à une appendicite chronique compliquée de colite.

Opération le 18 Novembre 1927.

Incision cutanée tangentielle.

Incision de Walther pour les plans profonds.

Le caecum est en position iliaque, rouge et épaissi.

Extériorisation de l'appendice qui ne présente aucune lésion évidente sauf un voile membraneux périappendiculaire avec vaisseaux normaux.

La présence de ce voile nous incite à rechercher l'état du côlon. Nous trouvons alors un voile de petite dimension, situé surtout à la partie supérieure et qui ne semble être qu'un ligament de l'angle droit développé.

Plus bas, au niveau de la face externe du caecum, nous retrouvons une membrane qui présente une disposition vasculaire un peu spéciale. Les vaisseaux sont plus importants, plus nombreux, plus horizontaux, et au lieu d'être linéaires ils affectent une disposition « spiralés » en « accordéon ». Le fait qu'ils coexistent avec un caecum rouge et épaissi, permet peut-être de considérer cette disposition vasculaire comme une disposition inflammatoire. Nous croyons que dans ce cas, il s'agit plus de colotyphlite que d'appendicite. L'envahissement vraisemblablement inflammatoire de la membrane latéro-caecale avec sa disposition vasculaire est seule à noter.

OBSERVATION XII

M. Antonio Her..., 26 ans, maçon.

Entre à l'hôpital de Vichy le 19 Novembre 1927 à la suite d'une appendicite aigüe typique.

L'interrogation du malade — sujet Italien — est difficile, cependant on retrouve dans les antécédents deux crises.

La première en Juillet 1924.

La deuxième en Octobre 1926.

Ces deux crises ont eu lieu sans vomissements.

Entre les crises le malade a été bien portant.

L'examen montre, une zone appendiculaire nettement douloureuse et localisée. Rien aux autres appareils. Le manque de réaction locales et générales permettent d'intervenir.

Opération le 23 Novembre 1927.

Incision de Walther.

On tombe sur un caecum recouvert d'un voile membraneux du type Jackson. L'incision est agrandie. L'examen de la membrane montre alors deux épaississements scléreux, un supérieur, qui né sur le côlon se perd sur la membrane même un inférieur, qui plus large que le précédent, s'étend du côlon près du bord mésentérique vers l'insertion pariétale, de la membrane.

Un gros vaisseaux court sur le bord supérieur de l'épaississement inférieur.

A ce moment, on pense qu'il s'agit de troubles dûs à une membrane péricolique et on resèque les deux épaississements scléreux.

L'examen de l'appendice difficile à voir au début, montre cependant qu'il est manifestement en état inflammatoire, rouge, épais, en érection. De tout son bord libre, part une « formation » qui va rejoindre le bord libre de l'iléon sur une longueur de 7 centimètres environ. Cette formation très inflammatoire, est rouge vif, friable, parcourue par des vaisseaux irréguliers. Le grêle est enflammé sur ses dix derniers centimètres.

On sectionne cette formation iléo-appendiculaire, qui semble un ligament avasculaire de Trèves, anormalement développé et en réaction inflammatoire d'origine appendiculaire. Résection de cette formation. Appendicectomie.

En résumé : Appendicite avec iléite et péri-iléite. Réaction inflammatoire d'une membrane de Jackson au cours de trois crises d'appendicite.

OBSERVATION XIII

Mlle Ba, 24 ans, domestique.

Entre à l'hôpital de Vichy le 24 Octobre 1927 pour crise douloureuse de la fosse iliaque droite accompagnée de vomissements et de température.

La malade signale dans son histoire clinique l'existence de 6 crises (la 1re à 22 ans ; la 2e 6 mois après ; la 3e en Septembre 1926 ; la 4e en Octobre 1926 ; la 5e en Avril 1927 ; la 6e en Août 1927.

Toutes ces crises avec température et vomissements ont chaque fois obligé la malade à garder le lit.

L'examen montre l'existence nette d'un point appendiculaire, et le toucher vaginal montre un utérus gravide de trois mois. Rien aux autres appareils.

Le nombre de ces crises et l'état de gravidité décident l'intervention.

Opération le 24 Novembre 1927.

Incision de Walther.

Caecum recouvert d'un voile membraneux très vascularisé. Appendice difficilement extériorisable. Il se présente très rouge, nettement malade, enveloppé dans un voile péri-appendiculaire qui se continue avec celui qui tapisse la face postérieure du caecum. Les vaisseaux du voile péri-appendiculaire tranchent par leur caractère sur ceux de la partie supérieure du voile péri-caecal. Alors que ceux-ci sont fins, linéaires, petits, ceux-là sont, plus gros, plus rouges, « spiralés ». Cet aspect en « accordéon » semble traduire l'inflammation secondaire du voile.

En résumé : Appendicite avec voile membraneux péri-caeco-appendiculaire. Les vaisseaux du voile péri-appendiculaire sont nettement modifiés par l'inflammation

GROUPE II

OBSERVATION XIV

M. Fau..., 39 ans, cultivateur.

Entre à l'Hôpital le 2 Mai 1927, pour douleurs siégeant dans la région épigastrique et survenant régulièrement après les repas.

Le malade a été opéré par M. Lardennois, il y a environ trois ans à la suite d'un syndrome douloureux aigu de l'abdomen, qui avait nécessité une intervention d'urgence. La douleur ayant débuté dans la région ombilicale, on pratiqua une incision médiane et on tomba sur une appendicite aiguë. Le caecum se trouvait être médian, et la pointe de l'appendice allait dans la direction de la rate. Après cette intervention d'urgence, le malade s'est bien porté pendant deux ans environ.

Depuis une dizaine de mois, il se plaint de douleurs survenant deux heures après les repas, siégeant dans la région épigastrique, irradiant au dos et aux omoplates, calmées par le repos au lit, exagérées par l'ingestion d'aliments. Ces crises douloureuses durent environ deux heures, ne sont pas accompagnées de vomissements, et s'arrêtent spontanément. Ces crises surviennent par accès qui durent de trois à quatre semaines et qui laissent derrière elles une constipation opiniâtre. Entre ces accès le malade ne se plaint de rien. Le traitement médical n'ayant pas donné de résultats tangibles, le malade revient consulter le chirurgien

A l'examen clinique on ne relève qu'une zone douloureuse étendue à tout l'épigastre, et l'examen de tous les autres appareils les montre normaux.

L'examen radioscopique donne des renseignements très importants. Par repas bismuthé, l'estomac est normal, le duodénum flou, et peu nettement visible, fait faire le diagnostic radiologique de péridunonénite. Par lavement bismuthé, le côlon est nettement visible jusqu'à l'angle gauche, puis après un temps d'arrêt à ce niveau, on voit un court segment se remplir jusqu'au niveau de l'ombilic, et se terminer nettement à ce niveau par un bas fond. Sur les données de l'intervention d'urgence, on conclut à caecum médian sus ombilical, côlon ascendant court, côlon transverse peu visible, côlon descendant normal.

Les renseignements radiologiques ne donnant pas de précisions sur la nature des douleurs, on fait suivre au malade un régime, on impose le repos au lit. Au bout de trois semaines l'amélioration est manifeste. Cependant le malade qui est habitué à ces améliorations craint les reprises de la douleur, et demande qu'on intervienne.

Opération le 3 Juin 1927.

Incision sur une longueur de 13 centimètres sus et sous-ombilicale. On tombe sur des anses intestinales, recouvertes par un petit épiploon épaissi, et accolées entre elles, ce qui rend difficile le repérage. La libération de l'épiploon nécessite une résection étendue.

On repère le caecum entouré d'adhérences inflammatoires qu'on libère en partie. La disposition anormale des viscères impose de procéder méthodiquement. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte des dispositions suivantes. Le duodénum est modifié dans sa forme et dans son aspect, il est entouré de voiles friables de périduodénite, et il n'est barré par aucune bride fibreuse. Il affecte une situation presque sagittale, en forme d'anse convexe en avant

et légèrement à droite. La branche supérieure de l'anse continue l'estomac, la branche inférieure se dirige en arrière, en haut et à droite sous le lobe droit du foie, de telle sorte que l'angle duodéno-jéjunal est sous hépatique.

Le début du jéjunum très dilaté contraste avec le duodénum. On déroule le grêle qui ne reprend son aspect normal qu'après 30 centimètres environ. On arrive ainsi progressivement à l'angle iléo-caecal, qui est médian et sus ombilical. Dans l'ensemble, le mésentère est court, et sa racine se dirige de haut en bas et de droite à gauche.

Le caecum est très dilaté, entouré de voiles membraneux d'aspect nettement inflammatoire, et dont une partie a déjà été libérée au début de l'intervention.

Le côlon ascendant presque normal, remonte verticalement à gauche, et se continue par un côlon transverse très court, difficilement extériorisable.

Le côlon descendant est accolé en canons de fusil avec la partie gauche du transverse, et la libération permet seulement, de rendre l'angle gauche visible. Il existe une péricolite de l'angle gauche typique.

Le côlon descendant est normal.

Nombreux ganglions gros, inflammatoires dans l'épaisseur du mésentère et des mésos.

Cette observation est intéressante ; car elle montre une anomalie dans la torsion à la première phase. L'existence malgré cette disposition anormale d'une périduodénite, d'une péri-colotyphlite et d'une péricolite de l'angle gauche pour lesquelles il est difficile d'envisager une origine congénitale.

OBSERVATION XV

Mme Bra..., 49 ans, concierge.

Entrée à l'Hospice des Ménages le 18 Mai 1927, pour douleurs marquées dans la région paraombilicale droite avec altération de l'état général.

La malade a été opérée par nous en juillet 1926, à l'hôpital Tenon, dans le service du Docteur Grégoire pour un diagnostic d'appendicite chronique. Lors de cette intervention, on a constaté des lésions, caractérisées par une granulation diffuse sur le caecum et sur le grêle, avec liquide citrin. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut porté, et après exposition à la lumière on a refermé la paroi en deux plans. La malade a quitté le service sans présenter aucun incident.

La malade revient en Mai 1927 à l'Hospice des Ménages parce que l'opération n'a amené aucun soulagement, et qu'elle présente toujours un point douloureux paraombilical droit, et un mauvais état général.

L'examen montre en effet une malade fatiguée, amaigrie, et des zones douloureuses sur le trajet du caecum et du côlon. Le point douloureux qu'accuse spontanément la malade ne se trouve pas à la palpation. Le reste de l'abdomen parait normal. Pas de liquide péritonéal. Rien aux annexes ni aux autres organes.

La radiologie montre un estomac normal. Par lavement bismuthé, le côlon se remplit convenablement. Il est douloureux sur la partie avoisinant le caecum mais non modifié dans son aspect.

Opération le 2 juin 1927.

Incision sous-ombilicale.

Après ouverture du péritoine, on ne trouve plus aucune trace de granulations, lesquelles existaient manifestement lors de l'opération antérieure.

Le caecum est normal. Son bord interne est fixé par un plissement séreux membraniforme, parti du péritoine pariétal latéral sur une longueur de sept centimètres environ. Du bord libre de ce repli part un voile membraneux, qui recouvre la face antérieure du côlon et qui présente des vaisseaux horizontaux. Le côlon est facilement libéré du plissement séreux. L'examen du grêle montre, l'existence d'une bride sous et prétermino-iléale qui forme un V peu accentué, et qui est dûe à un repli, analogue à celui qui monte à l'assaut du côlon. Libération de ce repli. A noter que le grêle n'est pas stasique. Rien à l'estomac, ni à la vésicule biliaire, ni au rein droit.

Cette observation est intéressante à un double point de vue. Elle montre la disparition anatomique d'une tuberculose péritonéale, l'existence d'une péricolite et d'une péri-iléite anatomiquement très semblable, et qu'on pourrait considérer comme une séquelle de péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION XVI

M. Ch..., 48 ans, ingénieur.

Malade envoyé à l'Hospice des Ménages le 13 Juin 1926 avec le diagnostic de mégacôlon prononcé, accompagné de phénomènes gastriques intenses, et d'accès migraineux succédant à des crises débutant dans la fosse iliaque gauche. L'examen clinique confirme tous ces faits et montre l'enchaînement des troubles. Après une crise douloureuse dans la fosse iliaque gauche, constipation opiniâtre pendant cinq à six jours et apparition d'accès migraineux. Cet état qui dure depuis bientôt dix huit mois, survient par crise — environ une tous les mois — et n'est pas calmé par le traitement médical. On pense à des crises de torsion subaiguë du mégacôlon.

La radiographie du gros intestin montre en effet un mégacôlon énorme ; le pôle supérieur de celui-ci atteignant la région pylorique.

La résection du sigmoïde est proposée au malade et les examens des autres appareils ne contre-indiquent pas l'intervention.

Opération le 24 Juin 1927.

Incision médiane sous ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen, le sigmoïde se montre en effet exagérément long comme le signalait la radiologie, mais les parois ne sont pas très modifiées. Avant de toucher au sigmoïde, on examine la région iléo-caecale. Cette recherche fut utile puisqu'elle permit de découvrir et de libérer une bride sous et prétermino-iléale, partant du détroit supérieur, coudant l'iléon en V et le tordant sur son axe. Le fait important est, qu'en regard du repli iléal et sur le feuillet antérieur du mésentère se trouve une plaque allongée, légèrement rayonnante, qui traduit la nature inflammatoire de cette bride sous iléale.

On termine par l'extériorisation du sigmoïde à la peau. Suites opératoires normales.

Cette observation est intéressante par la présence de cette bride qui, passée inaperçue, aurait peut-être pu gêner le transit iléo-caecal et donner lieu à des troubles post opératoires. Elle prouve une fois de plus la nécessité d'examiner systématiquement le grêle.

OBSERVATION XVII

Mme Dro..., 31 ans, domestique.

Entrée à l'Hospice des Ménages le 13 Septembre 1927, à la suite de phéno-

mènes douloureux dans la fosse iliaque droite, à début paroxystique, avec constipation opiniâtre et vomissements.

La malade a été opérée en 1924 pour kyste de l'ovaire et hystéropexie, puis en 1926 pour hystérectomie et appendicite.

Le début des troubles actuels remonte à quatre mois. A cette époque, crise douloureuse à début brusque siégeant dans tout le ventre, avec vomissements abondants et arrêt complet des matières et des gaz. Cet état dure quatre jours, cède au repos, à l'application d'eau chaude, et à l'absorption de petites doses d'huile de ricin.

Après cette crise, la malade va bien pendant deux mois, mais conserve un état de constipation très marqué.

Il y a deux mois, crise douloureuse à début épigastrique, généralisée à tout l'abdomen, vomissements alimentaires et bilieux. Cette crise a été précédée d'une période de constipation opiniâtre. Elle dure deux jours et cède au même traitement que la précédente.

Depuis cette crise, douleur atténuée, mais persistante dans la fosse iliaque droite et le bas ventre, constipation tenace. L'examen de la malade révèle une cicatrice sensible, une fosse iliaque droite douloureuse. Le toucher vaginal montre un col facilement mobilisable. Rien aux autres appareils.

La radiologie faite seulement par lavement, a montré une zone douloureuse sur le caecum et en dedans de lui. Tous ces résultats font penser à des adhérences post opératoires et on conseille une intervention.

Opération le 23 septembre 1927.

Médiane sous ombilicale.

On tombe sur une cavité qui semble libre d'adhérences, mais quand on examine la fosse iliaque droite et la région para-médiane correspondante, on tombe sur un paquet d'anses grêles, réunies entre elles et accolées à la face interne du caecum. Ces anses grêles sont reliées par des adhérences d'aspects différents. On ne trouve aucune bride isolée et épaisse, mais seulement des voiles avasculaires, résistants, dont les bords sont fibreux. La section de ces bords une fois faite, les anses se séparent comme on séparerait deux pages accolées par une substance légèrement gluante, et sans que ces voiles opposent de résistance. Ces voiles d'ailleurs n'ont pas de forme définissable, leurs bords libres sont doublés d'éléments fibreux qu'on doit sectionner. Après un travail de libération presque sans saignement, on arrive à faire disparaître cette agglomération d'anses grêles. Cependant quand on arrive dans les 15 derniers centimètres, on trouve que le grêle forme un V très accusé, ouvert en haut, dont le sommet est fixé par un repli parti du péritoine pariétal, en dedans et en-dessous du détroit supérieur. On libère ce repli qui se présente comme une vague d'assaut. Il est cependant plus épais, plus vascularisé et plus résistant que la bride habituelle. Après libération, on dégage l'iléon qui se déroule complètement, mais le plan de clivage saigne nettement ; on pratique alors quelques ligatures et on repéritonise. On ne touche pas au caecum recouvert de voiles péricoliques, mais qui conserve une mobilité et un aspect normal. Avant la fermeture on met deux litre environ de sérum physiologique dans la cavité abdominale.

Nous croyons que cette coudure iléale bien fixée a précédé l'agglomération du grêle et l'a peut-être provoquée.

C'est un cas type de coudure sous-iléale dûe à un repli du péritoine pariétal.

OBSERVATION XVIII

Mme L..., 34 ans, ouvrière.

Est envoyée à l'Hôpital le 10 Octobre pour avortement de 3 mois. Le lendemain de son entrée la malade est curettée. Le lendemain du curettage, évacuation par le rectum d'une quantité considérable de pus.

L'examen pratiqué à ce moment montre, une tuméfaction du volume d'un gros poing, rétro-utérine, fixée dans le bassin, dure, douloureuse. Le toucher rectal montre la relation étroite entre la tumeur et le rectum.

On diagnostique rupture d'un pyoxalpinx dans le rectum, et on laisse cette tumeur « refroidir » pendant 15 jours. Dès le 3e jour, arrêt de l'écoulement du pus. Au bout de quinze jours, les organes pelviens sont redevenus dans un état voisin de la normale.

Rien à noter dans les antécédents ni au niveau des autres appareils.

Opération le 26 Octobre 1927.

Incision médiane sous ombilicale.

Ablation unilatérale des annexes droites, nettement malades. Rien aux annexes gauches ni sur l'utérus.

L'examen de la région iliaque droite montre un appendice libre, turgescent rouge qui contraste avec l'absence de signes cliniques mais qui coexiste avec des annexes droites malades. Aucun élément anatomique ne relie l'appendice (1) aux annexes droites. Appendicectomie avec enfouissement.

Sur le côlon un voile membraneux rouge. On pense à une membrane de Jackson modifiée par l'annexite, mais elle en diffère par la direction strictement horizontale de ses vaisseaux. D'autre part, quand on attire le côlon, on tend la membrane, et on constate alors qu'elle part sans aucun doute du bord libre d'un plissement séreux membraniforme. La partie précolique du voile ne s'insère donc pas sur le péritoine pariétal, mais sur un repli de celui-ci. La membrane atteint à peine la bandelette antérieure, elle présente un bord supérieur peu net, le bord inférieur n'est pas visible, la membrane diminuant de largeur progressivement de haut en bas. La section de la membrane le long du bord libre du plissement séreux permet le clivage et la libération de cette « vague d'assaut ».

Cette observation révèle un cas type de membrane d'origine inflammatoire avec vaisseaux horizontaux ; l'absence clinique de troubles digestifs ne permet pas de l'attribuer à la colite ni à l'appendicite et il semble que ce soit l'annexite droite qui ait déterminé la réaction appendiculaire et la péricolite.

OBSERVATION XX

Mme Vau..., 24 ans.

Est envoyée d'urgence à l'hospice des Ménages. Le 19 Octobre 1927, pour un syndrome ayant débuté brusquement, et se manifestant par des métrorragies, des douleurs hypogastriques, sans élévation de température. Le diagnostic du médecin est pelvi-péritonite post-abortum.

La malade qui a déjà deux enfants ne doute pas de son état de grossesse.

---

(1) Nous avons réinterrogé la malade après l'intervention et ses déclarations sont nettes sur l'absence de phénomènes appendiculaires.

L'interrogatoire et l'examen de la malade plaident nettement en faveur d'une pelvi-péritonite post-abortum.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'aggrave, l'absence de température et l'existence de douleurs intenses survenant par crises, font penser à une grossesse extra-utérine compliquée, et l'opération d'urgence est décidée.

Opération le 26 octobre 1927.

Médiane sous ombilicale.

A l'ouverture du péritoine ni liquide, ni sang, mais réaction typique de pelvi-péritonite non suppurée. Utérus gravide. Rien aux annexes. Rien à l'appendice. L'exsudat de la réaction péritonéale s'est organisé en pseudo-membranes, unissant les anses intestinales entre elles où les unissant aux parois. Le caecum en particulier, est recouvert d'un voile avasculaire parti du péritoine de la fosse iliaque, et se continuant d'une façon irrégulière, avec les pseudo-voiles qui unissent les anses grêles dans le petit bassin. L'examen de ce pseudo-voile friable, avasculaire, montre qu'il unit la face antérieure du caecum à la paroi de la fosse iliaque. Quand on attire le caecum, le voile se tend et soulève un repli du péritoine ; on a l'impression nette que le voile part du péritoine latéral, et il semble que l'on ait dans ce voile, l'amorce ou la charpente d'un voile de périty phlite, pour peu que les vaisseaux en l'envahissant l'organisent.

Cette observation montre que certaines réactions de pelvi-péritonite, peuvent laisser derrière elles des pseudo-voiles péricoliques, qui secondairement peuvent s'organiser.

OBSERVATION XXI

Mme Pa..., 38 ans.

Est envoyée d'urgence à l'Hospice des Ménages le 22 octobre 1927, pour un syndrome de pelvi-péritonite. Le début remonte à une semaine et s'est installé progressivement. La malade se plaint surtout, de douleurs très pénibles siégeant dans le bas ventre et surtout à gauche d'où elles irradient au rein correspondant. Depuis une semaine la malade n'a pas eu de selles. L'examen nous permet d'arriver au diagnostic de pelvi-péritonite dûe probablement à une annexite gauche.

Pendant quelques jours, la malade présente un syndrome d'occlusion intestinale qui cède à un lavage d'estomac, à un grand lavage intestinal et à l'atropine. A ce moment l'urée sanguine relève un taux de 2 grammes par litre. Après trois semaines environ de refroidissement des lésions, l'état général et local s'améliorent et les examens de laboratoires étant redevenus normaux on décide d'opérer.

Opération le 16 Novembre 1927.

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine, on constate une réaction péritonéale des plus nettes, caractérisée d'une part, par la rougeur intense du péritoine et de l'intestin, d'autre part la présence d'exsudat pseudo-vélamenteux. Rien aux annexes. Appendicectomie.

L'étude de ces pseudo voiles montre qu'ils sont transparents, très friables, dépourvus de vascularisation et qu'il s'étendent soit entre deux segments d'intestin, soit entre la paroi et l'intestin.

L'examen de la région iléo-colique montre ces voiles en particulier au bord libre de l'iléon terminal et au niveau du côlon proximal.

Le voile qui part du bord libre de l'iléon terminal se continue en bas sur le détroit supérieur. Celui qui s'insère sur la face antérieure du côlon, part s'insérer verticalement, le long de la paroi latérale du péritoine pariétal. Quand on attire le côlon, on attire une membrane du type Jackson, friable, translucide, et dépourvue de vaisseaux. La traction sur cette pseudo membrane attire aussi le péritoine pariétal, qui dessine alors un pli comme le « départ » d'une « vague ». Il semble que le pseudo-voile avasculaire prenne son origine sur le péritoine pariétal, comme le fait une membrane péricolique.

Cette observation montre l'existence de voiles avasculaires, friables, dûs à une réaction péritonéale aiguë. Ils peuvent s'organiser secondairement et constituer ainsi une séquelle d'une péritonite aiguë.

OBSERVATION XXII

Mme Mais..., 25 ans.

Entre à l'Hôpital le 23 octobre 1927, pour douleurs dans le bas-ventre et arrêt des règles.

L'interrogatoire précise : un retard de règles de 15 jours ; l'existence de Métrorragies ; l'apparition de douleurs par crise ; l'absence de tout phénomène de dextriliacalgie.

L'examen ne révèle rien à la palpation, sauf une sensibilité de tout l'hypogastre.

Le toucher montre une grosse tumeur para-utérine gauche mobile mais douloureuse.

L'histoire clinique et le résultat du toucher décident de l'opération, car on pense à une grossese extra utérine.

Rien aux autres appareils. Aucun antécédent à noter.

Opération le 7 novembre 1927.

Laparatomie médiane sous ombilicale.

Dans l'abdomen, présence de sang liquide et surtout de caillots.

On reconnaît une grossesse extra utérine gauche et on pratique l'ablation unilatérale des annexes malades.

L'examen de la fosse iliaque droite, montre un cas type d'adhérence pariéto-caecal, coexistant avec un appendice sain.

Cette adhérence se présente de la façon suivante. Du péritoine de la fosse iliaqu et suivant une ligne qui circonscrit le fond du caecum, part un repli du péritoine qui monte à l'assaut du fond du caecum et l'immobilise. Ce repli présente un bord net, mais, fait plus important, de ce bord ou du moins de la face libre de ce bord part un voile membraneux qui remonte en avant du caecum, et qui prend l'aspect des membranes congénitales, d'autre part les vaisseaux du repli et ceux de la membrane se continuent, et leur direction est nettement ascendante.

Cette observation montre l'étroite relation qui peut exister entre un plissement séreux membraniforme et un voile membraneux.

OBSERVATION XXIII

M. Leb.., Louis, 13 ans.

Est envoyé à l'Hospice des Ménages le 25 Octobre 1927 pour troubles dans la fosse iliaque droite persistant malgré une appendicectomie pratiquée il y a deux ans.

Cette intervention fut conseillée parce que l'enfant ayant un mauvais état général (amaigrissement, asthénie, constipation) la palpation de la fosse iliaque révéla une zone douloureuse. Cependant il n'y eut pas d'épisode aigü. On n'a pas de résultat sur l'état de l'appendice lors de l'opération. L'intervention amène une amélioration de quelques mois.

Puis, le même état reprend, l'amaigrissement devient plus alarmant, perte de l'appétit, constipation opiniâtre, fosse iliaque droite spontanément très sensible, surtout deux heures après les repas.

A l'examen on est frappé par l'état d'anémie du petit malade. Cependant les examens de laboratoires (sang-urines) faits par son médecin, n'ont rien révélé. La palpation de la fosse iliaque la montre très sensible et manifestement empâtée, sur une étendue limitée. La douleur au niveau de la fosse iliaque droite augmente nettement, quand on command au malade d'étendre brusquement la cuisse. Le côlon n'est pas sensible par ailleurs.

Le diagnostic clinique est celui de séquelles d'appendicectomie pour une appendicite chronique douteuse.

La radioscopie n'a pas été pratiquée.

Opération le 26 Octobre 1926.

Incision médiane commençant un peu au dessus de l'ombilic et descendant à 10 centimètres en dessous.

A l'ouverture du péritoine, il semble qu'il n'y a aucune trace d'adhérences. Quand on soulève la lèvre droite de l'incision, on tombe sur une agglutination formant un gâteau dans la fosse iliaque droite et dans la dépression paravertébrale droite, et contenant les anses iléales et le caecum.

On repère le point où l'iléon commence à faire partie du gâteau, et on se met en devoir de libérer le grêle. Cette libération est aisée, les anses grêles n'étant réunies que par des membranes friables, avasculaires, dont souvent un des bords présente un repli fibreux qu'il faut sectionner au bistouri. Les anses grêles sont réunies par ces voiles et par accolements des faces du mésentère dûs à un exsudat poisseux.

Quand cette libération est faite, on constate que la dernière anse iléale forme une coudure en V ouvert en haut. Le sommet du V est maintenu par une bride sous-iléale typique, très congestive, partie du péritoine pariétal de la cavité pelvienne. Le grêle est nettement coudé et tordu sur son axe. La libération du repli se fait avec quelques suintements, en raison de l'état congestif de la région, et le grêle est ainsi définitivement libéré. Le caecum fixé par un repli parti de la fosse iliaque, se libère aussi aisément.

Cette observation montre une agglutination d'anses, coexistant avec une péri-typhlite et une péri-iléite. La bride sous-iléale existait sans doute avant l'appendicectomie, et a pu être la cause prédisposante des adhérences post-opératoires.

OBSERVATION XXIV

Mme Rou..., 39 ans, sans profession.

Vient consulter à l'hôpital de Vichy, le 17 Novembre 1927, à la suite d'une crise douloureuse survenue dans la fosse iliaque droite. Celle-ci ne fut accompagnée ni de vomissements, ni de constipation, ni d'élevation de température. Tout s'est borné à une douleur vive, à droite et au-dessus de l'ombilic, qui s'est atténuée par le repos et qui n'a été suivie d'aucune nouvelle poussée.

L'interrogatoire précise, l'absence de constipation et l'absence de toute modification de l'état général.

Dans les antécédents on note à 30 ans et à 32 ans deux crises de coliques hépatiques qui auraient été suivies d'ictère.

A l'examen on est frappé à la palpation, de sentir une tumeur au-dessus et à droite de l'ombilic, mobile, peu douloureuse, la palpation de la fosse iliaque est sensible sur une zone étendue. Cadre colique normal.

Signes de Murphy atténué.

Le toucher vaginal montre, que la tumeur sentie, par palpation est en relation avec l'utérus, et on est conduit à attribuer à cette tumeur la crise survenue il y a trois semaines. On pense à une torsion d'un kyste de l'ovaire. Rien aux autres appareils.

Urines normales, ni pigments, ni sels biliaires.

Opération le 23 Novembre 1927.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Avant la section de la ligne blanche, on ouvre accidentellement une poche contenant un liquide grisâtre, non fétide, peu abondant. La région asséchée, on voit la partie interne du muscle grand droit du côté droit complètement transformée par cette poche qui semble s'être développée entre le muscle et l'aponévrose. Il n'est pas fait de diagnostic sur la nature de cette poche, et nous pensons qu'il s'agit de la tumeur perçue à l'examen de la paroi.

Ouverture du péritoine.

Hysterectomie subtotale, décidée sur un utérus, gros fibromateux avec un ovaire droit présentant un gros kyste hématique. A gauche ovaire scléro kystique.

Appendice gros et vascularisé. Appendicectomie. En avant du caecum adhérences de l'épiploon. Le fond du caecum est appliqué contre la fosse iliaque, par une membrane qui part d'une ligne qui borde le fond et le bord droit du caecum, et qui monte à l'assaut du caecum.

La crête de cette vague « barre » le caecum suivant une ligne dirigée en bas et en dedans. Quand on attire le caecum, on tend la membrane qui apparaît épaissie, œdémateuse, très vascularisée et qui ressemble à une voie membraneux envahi par une inflammation. La libération de cette vague montre qu'en fait il ne s'agit que d'un plissement séreux membraniforme parti de la fosse iliaque.

GROUPE III

Tous les opérés de ce groupe l'ont été pour un diagnostic d'appendicite chronique. La lésion appendiculaire n'a pas été toujours évidente, mais par contre on a signalé des formations péri-iléo-caecal qui pouvaient expliquer le syndrome dextriliacalgique. Nous ne reproduisons dans ces observations que les comptes-rendus opératoires, l'histoire clinique étant presque toujours la même celle du syndrome d'appendicite chronique.

OBS. XXV. — Mme Cay..., 34 ans.
Entre à l'hôpital le 9 mars 1927.
Opérée le 11 mars 1927.
Incision de Mac Burney.
Caecum et côlon dilatés; fixés par un repli parti du péritoine pariétal de l'hypocondre montant à l'assaut du côlon proximal Cette vague présente un bord net longitudinal sur la face antérieure du caecum ce qui en permet la libération.
Appendice grêle, blanc. Appendicectomie.
L'examen de l'iléon montre une coudure nette (sa nature n'est pas précisée).

OBS. XXVI. — Mme Bac..., 38 ans.
Entre à l'hôpital le 11 avril 1927.
Opérée le 16 avril 1927.
Incision de Mac Burney.
Le caecum est haut situé. L'appendice est externe et court. Coudure iléale sur une distance de deux centimètres environ à partir de 3 ou 4 centimètres de la valvule iléo-caecale. Coudure formant un V ouvert en haut.
Rien de signalé sur l'état de l'appendice ni sur l'état du grêle en amont.
Appendicectomie et libération de la coudure iléale.

OBS. XXVII. — Mlle Lem..., Eugénie, 20 ans.
Entre à l'hôpital le 15 mai 1927.
Incision de Mac Burney.
Appendice sain.
Périty phlite membraneuse du type congénitale.

OBS. XXVIII. — M. Jen..., 21 ans.
Entre à l'hôpital le 6 juillet 1927.
Opéré le 11 juillet 1927.
Incision de Mac Burney.
Appendice sain. Appendicectomie.
Libération d'une bride coudant la terminaison du grêle et le réunissant au bord interne du caecum.
Il s'agit vraisemblablement d'un ligament de Trèves sclerosé.

OBS. XXIX. — Mme Man..., 27 ans.
Entre à l'hôpital le 7 juillet 1927.
Opérée le 8 juillet 1927.
Appendice sain. Appendicectomie.
Le caecum est entouré d'un voile membraneux du type congénital qui s'insère en dehors sur le péritoine de la fosse iliaque. Ce voile se continue en bas sur l'appendice qui semble attiré en dehors.
Ce voile est du type congénital.

OBS. XXX. — Mlle Bon..., Germaine, 15 ans et demi.
Entre à l'hôpital le 19 juillet 1927.
Opérée le 21 juillet 1927.
Incision de Mac Burney.
L'appendice est difficile à voir, le caecum lui-même s'extériorise difficilement. Il est retenu par une membrane étendue qui part de la fosse iliaque jusqu'en dedans du détroit supérieur et qui monte à « l'assaut » de la terminaison du grêle et du caecum. Le bord de ce repli est très net et facilement libérable. Après dégagement de ce repli du péritoine pariétal, on peut découvrir l'appendice qui est roupe. Appendicectomie.
En résumé : Appendicite avec péri-typhlite et peri-iléite.

OBS. XXXI. — M. Dur..., René, 35 ans.
Entre à l'hôpital le 5 octobre 1927.
Opéré le 6 octobre 1927.
Appendice long engainé dans une membrane qui se dirige en haut et à droite vers le fond du caecum, dans un sens opposé à celui de l'appendice. Section de cette membrane et appendicectomie.
L'examen montre une coudure iléale typique à 10 centimètres de l'abouchement iléo-caecale du type sous iléal formé par un repli parti du péritoine pariétal postérieur.
Sur le feuillet antérieur du mésentère et en regard du sommet du V, au voisinage même de l'intestin, plaques blanchâtres nettes du type de mésentérite.
Résumé : Coexistence d'une bride sous iléale et d'une membrane périappendiculaire reliée au caecum.

OBS. XXXII. — Mlle P..., 26 ans.
Opérée le 17 janvier 1927.
Incision de Mac Burney.
Caecum entouré d'un voile péricolique du type Jackson.
Appendice normal. Appendicectomie.

GROUPE IV

La plupart des opérés de ce groupe, l'ont été à la suite d'un diagnostic clinique d'appendicite chronique ou de dextriliacalgie. Nous n'avons relevé que les cas qui furent signalés par les opérateurs comme plus complexes que des faits simples d'appendicite.

En 1922

OBS. XXXIV. — Mlle Me..., 25 ans, opérée le 10 Février.
Incision latérale droite. Appendice descendant interne. Coudure iléale à quelques centimètres de l'abouchement iléo-caecale par bride qui passe derrière l'appendice.

OBS. XXXV. — Mlle Duc..., Marcelle, 10 ans, opérée le 23 Février.
Appendicectomie, bride sous et prétermino-iléale.

OBS. XXXVI. — Mlle Lav..., Marcelle, 24 ans, opérée le 28 Février.
Appendicectomie. Membrane de Jackson et bride coudant l'iléo-terminal.

OBS. XXXVII. — M. Gira..., Marcel, 24 ans, réopéré le 10 Mars.
Opéré d'appendicite il y a 2 ans. Bride épaisse coudant l'iléon et réunissant le bord supérieur de l'iléon près de son abouchement au bord interne du caecum au-dessus de la valvule. Section de la bride.
Adhérence de l'épiploon au voisinage de la cicatrice d'appendicectomie.

OBS. XXXVIII. — M. Gra..., Alexandre, 25 ans, opéré le 17 Mars.
Appendicectomie. Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. XXXIX. — Mlle Vi..., Renée, 25 ans, opérée le 23 Mars.
Appendice pelvien adhérent. Appendicectomie. Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. XL. — Mme Ar..., 25 ans, opérée le 7 Avril.
Appendice retro-caecal. Membrane de Jackson.

OBS. XLI. — Mme Pé..., Marie, 31 ans, opérée le 14 Avril.
Appendicectomie. Caecum gros mobile. Péricolite de l'angle droit.

OBS. XLII. — M Ba..., 30 ans, opéré le 21 Juin.
Appendice rétro-caecal. Bride de Lane.

OBS. XLIII. — Mme Meu..., 21 ans, opérée le 13 Juillet.
Appendice interne. Membrane de Jackson.

OBS. XLIV. — M. Bri..., 13 ans, opéré le 19 Août.
Appendice rétro-caecal. Membrane de Jackson.

OBS. XLV. — M. R..., Lucien, 23 ans, opéré le 14 Octobre.
Appendicectomie. Membrane de Jackson péri-caecale. Bride sous et prétermino-iléale.

OBS. XLIV. — Mme Lec..., 36 ans, opérée le 23 Novembre.

---

(1) Pour la facilité du texte, ces observations sont numérotées à la suite des autres groupes.

Appendice normal. Péricolite de l'angle hépatique et accolement en canons de fusil. Libération.

OBS. XLVII. — Mme Fau..., Germaine, 24 ans, opérée le 9 Décembre.
Appendice long non adhérent. Grêle normal. Péricolite inflammatoire très marquée. Angle splénique et sigmoïde normaux.

OBS. XLVIII. — Mme Dor..., Germaine, 33 ans, opérée le 12 Décembre.
Appendice sous iléal. Bride sous et prétermino-iléale.

OBS. XLIX. — Mme Meu..., 45 ans, opérée le 21 Décembre.
Appendice adhérent. Section d'une bride de Lane.

OBS. L. — M. Lac..., Albert, 56 ans, réopéré le 25 Décembre.
Opéré en 1918 pour appendicite avec crises pseudo-occlusives.
Incision médiane sous-ombilicale. Péricolite de tout le côlon proximal du type plissement séreux membraniforme donnant naissance à un voile précolique. Libération.

En 1923

OBS. LI. — Mlle Bat..., Charlotte, 33 ans, opérée le 3 Janvier.
Déjà opérée pour appendicectomie en 1921. Revient car les troubles persistent et se sont aggravés.
Adhérence du caecum au fond de la fosse iliaque. Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. LII. — Mme Gai..., 34 ans, opérée le 12 Janvier.
Appendice normal. Péricolite et périty phlite type Jackson.

OBS. LIII. — M. Bry..., Henry, 14 ans, opéré le 14 Février.
Appendice sub-normal. Bride sous et prétermino-iléale.
Vague d'assaut sur le caecum. Périty phlite inflammatoire. Libération.

OBS. LIV. — Mme Gar..., Louise, zz ans, opérée le 21 Mars.
Appendice très adhérent. Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. LV. — M. Blé..., 26 ans, opéré le 23 Mars.
Appendice normal. Membrane de Jackson. Libération.

OBS. LVI. — Mme Pa..., Marguerite, 34 ans, opérée le 19 Avril.
Appendicite. Périty phlite membraneuse type Jackson.

OBS. LVII. — M. Heu..., André, 11 ans, opéré le 1er Mai.
Appendicectomie. Libération d'une périty phlite à type plissement séreux membraniforme.

OBS. LVIII. — Mme Vig..., 25 ans, opérée le 12 Mai.
Appendice sans lésions visibles. Bride réunissant le bord interne du caecum sous iléal au bord inférieur de l'iléon terminal. Libération.
Repli parti du péritoine pariétal sur la face externe du caecum. Type de périty phlite inflammatoire avec plissement séreux membraniforme. Libération.

OBS. LIX. — M. Ti..., Victor, 22 ans, opéré le 4 Juin
Appendicectomie. Péricolite type Jackson. Libération.

OBS. LX. — Mme Min..., Raymonde, 22 ans, opérée le 13 Juillet.
Appendicectomie. Bride sous et prétermino-iléale. Libération.

OBS. LXI. — M. Bille..., 42 ans, opéré le 13 Juillet.
Appendicectomie. Bride sous et prétermino-iléale. Libération.

OBS. LXII. — Mlle Du..., Raymonde, 29 ans, opérée le 25 Août.
Appendicectomie. Section d'une bride de Lane.

OBS. LXIII. — M. Vig..., Georges, 7 ans, opéré le 6 Novembre.
Appendicectomie. Bride sous et prétermino-iléale. Libération.

OBS. LXIV. — Mme Peu..., Mélanie, 58 ans, opérée le 26 Décembre.
Déjà opérée de gastro-entérostomie à Lille.
Revient pour douleurs dans la fosse iliaque droite et constipation opiniâtre.
Appendicectomie. Bride sous et prétermino-iléale. Libération.

En 1924

OBS. LXV. — Mlle Jea..., Marie, 21 ans, opérée le 5 Mars.
Déjà opérée d'appendicectomie. Revient pour troubles identiques. Section d'une bride de Lane et libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. LXVI. — Mme Gros, 22 ans, opérée le 7 Mars.
Appendicectomie. Libération d'une bride de Lane.

OBS. LXVII. — Mme Po..., 33 ans, opérée le 8 Mars.
Appendice petit sans adhérences. Appendicectomie. Libération d'une bride de Lane étendue.

OBS. LXVIII. — Mlle Meu..., Julia, 16 ans, opérée le 27 Mars.
Appendicectomie. Section d'une bride de Lane.

OBS. LXIX. — M. Blanchard, 16 ans, opéré le 7 Avril.
Appendice gros et long. Appendicectomie. Section d'une bride de Lane.

OBS. LXX. — Mlle Ju..., Germaine, 21 ans, opérée le 16 Avril.
Appendice normal. Section d'une bride de Lane.

OBS. LXXI. — Mlle Fau..., 26 ans, opérée le 3 Mai.
Appendice sain. Libération d'une péricolite inflammatoire latéro et prémédiocolique. Section d'une adhérence en « canons de fusil » du coude hépatique.

OBS. LXXII. — Mme Cha..., Elisa, 21 ans, opérée le 6 Mai.
Appendicectomie (appendice libre, peu vasculaire) périty phlite membraneuse type Jackson.

OBS. LXXIII. — Mme Ja..., 38 ans, opérée le 6 Mai.
Appendicectomie.
Bride coudant l'iléon.

OBS. LXXIV. — Mme Per..., Eveline, 23 ans, opérée le 8 Mai.
Appendicectomie. Libération d'une bride coudant l'iléon près de sa terminaison. Cette bride part nettement de la face inférieure du caecum sous la valvule.

OBS. LXXV. — M. Fal..., Louis, 46 ans, opéré le 4 Juin.
Cliniquement ébauche d'un Syndrome de Koenig.
Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. LXXVI. — Mme Sée..., 24 ans, opérée le 6 Juin.
Appendicectomie. Section d'une membrane de Jackson.

OBS. LXXVII. — Mlle Br..., 20 ans, opérée le 17 Juin.
Appendicectomie. Appendice normal. Section d'une bride qui part de la face antérieure du caecum au-dessus de la valvule jusqu'au bord supérieur de l'iléon terminal.

OBS. LXXVIII. — M. Mi..., Henri, 28 ans, opéré le 20 Juin.
Appendice long et libre.
Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. LXXIX. — M. Mau..., 27 ans, opéré le 24 Juin
Appendice rétro-caecal. Appendicectomie.
Libération d'une bride sous et prétermino-iléale avec ganglion dans le mésenthère en amont de la coudure.

OBS. LXXX. — M. Mai..., 22 ans, opéré le 16 Juillet.
Appendice gros rouge adhérent. Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. LXXXI. — Mlle Bal..., 18 ans, opérée le 27 Juillet.
Appendice rouge à sa pointe. Existence d'une érityphlite membraneuse qui dépasse le bord interne du caecum et va jusqu'à la face antérieure de l'iléon.

OBS. LXXXII. — M. Mi..., André, 17 ans, opéré le 14 Août.
Appendice normal. Section d'une membrane de Jackson typique

OBS. LXXXIII. — M. Hub..., 48 ans, opéré le 17 Août.
Appendice gros et long. Section d'une bride de Lane.

OBS. LXXXIV. — M. Gre..., 19 ans, opéré le 13 Octobre.
Appendice normal. Section d'une bride de Lane.

OBS. LXXXV. — M. Bau..., 17 ans, opéré le 13 Octobre.
Appendice normal. Section d'une bride de Lane.

OBS. LXXXVI. — Mlle Sol..., 20 ans, opérée le 25 Octobre.
Appendicectomie. Section d'une membrane de Jackson.

En 1925

OBS. LXXXVII. — M. Hou..., 45 ans, opéré le 3 Février.
Appendicectomie. Section d'une bride de Lane.

OBS. LXXXVIII. — M. Chap..., 34 ans, opéré le 20 Février.
Déjà opéré d'appendicectomie.
Libération d'une bride iléo-caecale. Celle-ci ferme en avant l'angle iléo-caecal. Après section, l'angle s'ouvre largement.

OBS. LXXXIX. — M. Bor..., 16 ans, opéré le 27 Février.
Appendicectomie. Section d'une bride de Lane.

OBS. XC. — Mlle L..., Odette, 17 ans, opérée le 6 Mars.
Appendicectomie. Caecum mobile. Section d'une membrane de Jackson.

OBS. XCI. — M. Via..., Victor, 30 ans, opéré le 18 Juin.
Appendicectomie. Libération des derniers centimètres de l'iléon qui adhèrent à la fosse iliaque. Mésentérite.

OBS. XCII. — Mme Bou..., 55 ans, opérée le 10 Juillet.
Incision médiane sous-ombilicale
Appendicectomie. Section d'une bride de Lane.

OBS. XCIII. — M. Tau..., 32 ans, opéré le 17 Juillet.
Appendicectomie. Section d'une membrane de Jackson.

OBS. XCIV. — Mlle Gri..., Elise, 35 ans, opérée le 17 Août.
Appendicectomie. Section d'une bride de Lane.

OBS. XCV. — Mme R..., 41 ans, opérée le 28 Octobre.
Appendicectomie. Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. XCVI. — Mme Ba..., Françoise, 41 ans, opérée le 5 Décembre.
Appendicectomie. Libération d'une membrane de Jackson. Libération d'une « vague d'assaut » qui fixe le caecum.

En 1926

OBS. XCVII. — Mlle B..., Yvette, 18 ans, opérée le 7 Janvier.
Appendicite. Section d'une bride iléale.

OBS. XCVIII. — M. Cha..., Maxime, 33 ans, opéré le 29 Janvier.
Appendicectomie. Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. XCIX. — Mlle Léo..., Lina, 18 ans, opérée le 15 Février.
Péri-appendicite membraneuse.

OBS. C. — Mme Ge..., Suzanne, 29 ans, opérée le 18 Février.
Opérée d'une hémicolectomie droite avec iléo transversotomie. Des douleurs et des troubles digestifs apparaissent. On réopère. Au cours de cette deuxième intervention on trouve sur le néo-iléon terminal une bride qui le coude analogue au repli sous et prétermino-iléal.

OBS. CI. — M. The..., Albert, 38 ans, opéré le 28 Avril.
Déjà opéré d'appendicite.
Incision sous-ombilicale. On tombe sur un paquet d'anses grêles réunies entre elles et au caecum.
Après libération on constate une forte plicature de l'angle iléo-caecal et une péricolite inflammatoire très étendue.

OBS. CII. — Mlle Ge..., Marie, 25 ans, opérée le 21 Juin.
Appendicectomie. Voile péri-appendiculaire. Section d'une bride de Lane.

OBS. CIII. — Mme Lou..., 43 ans, opérée le 21 Juin.
Appendicectomie. Section d'une bride iléale coudant l'iléon.

OBS. CIV. — M. Gil..., Roger, 28 ans, opéré le 11 Octobre.
Appendice normal. Libération d'une bride sous et prétermino-iléale.

OBS. CV. — M. B..., René, 21 ans, opéré le 17 Novembre.
Membrane de Jackson partant de la face inférieure du lobe droit du foie, descendant en s'épanouissant sur tout le côlon proximal sur l'appendice. Ce dernier est maintenu en position ascendante latéro-externe.

OBS. CVI. — Mme P..., 47 ans, opérée le 27 Novembre.
Appendice grêle scléreux. Membrane de Jackson typique coexistant avec coudure de l'angle hépatique par une péricolite de l'angle.

OBS. CVII. — Mlle Ja..., Renée, 16 ans, opérée le 2 Décembre.
Appendice rétro-caecal. Voile de péricolite membraneuse pariéto-caeco-colique. Section d'une bride iléo-mésentérique.

OBS. CVIII. — Mlle F..., Marie, 27 ans, opérée le 2 Décembre.
Appendice normal. Adhérence vélamenteuses du péritoine pariétal à la face antérieure du caecum et de l'appendice.

OBS. CIX. — M. B..., François, 52 ans, opéré le 4 Décembre.
Appendice rétracté. Section d'une bride de Lane.

Vu · Le Doyen,

ROGER.

Le Président de la Thèse,

Jean-Louis FAURE.

Vu et permis d'imprimer ·
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

ABADIE. — **Invagination iléo-caecale par Péricolite membraneuse.** Archives des maladies de l'appareil digestif, 1922, t. XII, n° 4, p. 269.

AIME. — **Chirurgie du grand épiploon.** 1 vol. Maloine, 1926.

Importance du grand épiploon en chirurgie. Progrès médical, 1920.

ALBERT. — **XXXVI^e Congrès Français de Chirurgie.** Octobre 1927.

ALESSANDRI. — **XXXVI^e Congrès Français de Chirurgie.** Octobre 1927.

ALGLAVE. — **Contribution à l'étude des accidents provoqués par l'abaissement du rein droit au troisième degré.** Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1907.

Contribution à l'étude des accidents rattachés à la dilatation du caecum et à la péricolite du côlon ascendant et de son angle hépatique. Presse Médicale, 1913.

ANTOINE. — **Contribution à l'étude des syndromes douloureux caeco-coliques droits. Accolement du caeco-côlon droit en canon de fusil.** Gazette des Hôpitaux, n° 47, 14 juin 1921.

(V. de Martel).

ARMSTRONG. — **Focal infections Ileal and colonic stasis.** Cana. Associ. Journal. Toronto. 1920, X, p. 106-110.

AUBOURG. — **De l'examen radiologique dans la stase intestinale chronique.** Paris Chirurgical 1923, n° 3, p. 220. Société des Chirurgiens de Paris. 20 avril 1923.

BAASLER. — Medical record. 1915, n° 10.

BAIMBRIDGE. — **Remarques sur la stase intestinale chronique.** The British medical journal, 1^er novembre 1913, n° 2577.

Les brides membraneuses de la région hypochondrale droite. Medical Record, n° 2579, 1920, p. 593-598.

BALDERIOTE, VICENTE PEREZ. — **Pericolitis membranosa y acodadura ileal de Lane.** Thèse Buenos-Aires, 1914.

BASSET. — **De l'origine appendiculaire de certaines périduodénites inflammatoires.** Soc. Ch., t. LI, n° 26, p. 873.

Périduodénites et appendicite. Arc. maladies du tube digestif. 1925, XV, n° 9, p. 892.

BAUMAN (J.) et Mme BEREZOWSKI-CHESTOV. — **Traitement physiothérapique des péricolites chroniques adhesives.** Jour. de Med. et de chirurgie pratique, 25 juin 1927.

BAUMAN. — **Constipation du type caecal chez l'enfant et son traitement.** Concours Médical, n° 17. 1921.

BÉCLÈRE et MÉRIEL. — **Exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin.** Congrès français de chirurgie. 1912.

BERGMAN et LENZ. — **Mouvement du gros intestin chez l'homme.** Etude radiologique. Deutsche Mediziniche Wochenscrift 1911.

BITTORF. — **La péricolite.** Journal de chirurgie. Mai 1909, p. 558.

BLAND WILLIAM. — **Pericolic membranes and Lane kink.** Annals of surgery. 1914.

Chronic intestinal stasis as produced by obstruction at the ileo-caecal region and at the hepatic flexure. Annals of surgery. 1915.

BLAQUE (J. A.). — **A new method of operating upon voluminous caeca or caecum mobile.** Annals of surgery of Philadelphie, 1912, p. 767-770.

BOLOGNESI. — **Contribution à la pathogénie de la péricolite membraneuse.** Archives des maladies de l'appareil digestif. 1919-1920, p. 595.

BONNEFOY. — **Membranes pericoliques. Leur rôle pathogène.** Thèse Paris, 1924.

BONNET (P.). — **Enterostomie complémentaire de la libération des adhérences dans les interventions pour péricolites.** Soc. de chir. de Lyon, 22 décembre 1927.

BRENDOLAN. — **Contribution clinique à l'étude de la membrane de Jackson.** Archivo Italiano di Chirurgia, t. IX. 1924.

BROCQ, DUCASTAING et REILLY. — **La greffe epiploïque libre. Etude expérimentale.** Journal de Chirurgie, 1922, t. XX, p. 358.

BRULÉ. — **Diagnostic de l'appendicite chronique.** Presse médical, 1924, p. 893.

BRULÉ et GARBAN. — **Les hépatites et les cholecystites d'origine intestinale.** Presse Médicale, 3 mars 1923.

BUY. — **Le côlon transverse.** Thèse Toulouse, 1900.

CADENAT et PATEL. — **Le drainage abdominal.** Rapport au XXXVI[e] Congrès de chirurgie.

CARNOT, GLÉNARD et GÉRARD. — **Situation et formes des différents segments digestifs dans les principales positions du corps.** Soc. médicale des hôpitaux, 1911.

CARNOT et BONDUY. — **Les processus digestifs au niveau du caecum.** Soc. de biologie, 11 mai 1918.

CARNOT, HARVIER, FRIEDEL, LARDENNOIS. — **Les colites.** 1 vol. Paris, 1923 .

CARNOT. — **Le pneumo-péritoine.** Paris médical, Mai 1925, p. 441.

CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT, FRIEDEL. — **Les périviscérites digestives.** 1 vol., 1926.

CASALIS DU PURY. — **Rôle de la plicature dans les lésions chroniques du côlon ascendant et de l'ampoule caecale.** Paris médical, 1917, XX, p. 337.

CASE. — **X rays observations on colonic péristaltis and antiperistaltis with special reference to the function of the ileo-caecal valve** (traduction). Archives d'électricité médicale. Mai-juin 1917.

CAWARDIN. — **Peicolitis.** British medical journal. 1913.

CEBAILLOS. — **Greffes épiploïques prophylactiques et curatives des adhérences post-opératoires.** Archivos espagnoles de enfermedades del apavato digestivo yde la nutrition. Novembre 1926.

CHEEVER. — **Coudure de la partie terminale de l'iléon cause d'obstruction intestinale dans certains cas d'appendicite aiguë.** Jour. de chirurgie. 1913.

COFFEY. — **Les relations de la douleur abdominale avec les maladies siégeant à ce niveau.** Jour. of amer. med. assoc., 15 septembre 1923.

COLE (L. G.). — **Voiles de l'hypocondre droit.** 25e Réunion annuelle de la société américaine de Gastro-entérologie. 1922.

CONNEL. — **Etiologie de la coudure de Lane et de la membrane de Jackson.** Sur. Gyne. Obste. Avril 1913, n° 4, p. 353.

CORBET — **Peritoneals adhesions.** Sur. Gyne. Obste. 1917, p. 166.

CONSTANTINI. — **Iléus par invagination typhlocolique favorisé par une péricolite membraneuse.** Il policlinico. Juillet 1925.

COTTE. — **A propos de la péricolite membraneuse.** Lyon Chirur., 1912.

COURCIERAS. — **Adhérences péri-caecales d'origine appendiculaire.** Thèse Paris, 1908.

CROSSEN. — **Pericolite membraneuse.** Sur. Gyne. Obstetric. 1er juillet 1911.

DANIS. — **XXXVIe Congrès Français de Chirurgie.**

DAVISON and ROYER. — **Adhésions about the ascending colon simulating chonic appendicitis.** Surg. Gynec. Obstetr. XXXVIII, febr. 1924, p. 177.

DELANGRE. — **XXXVIe Congrès Français de Chirurgie.**

DELBET (Paul). — **Maladie de Glénard-Lane.** Paris chirur. 1923.

DELMAS. — **Les adhérences douloureuses péricaecales consécutives à l'appendicectomie.** Thèse Paris, 1909.

DELORE. — **Epiploïtes post-opératoires.** Lyon med. 1912.

DELORE et ALAMARTINE. — **Deux cas de sténose sus caecales avec péricolites membraneuses.** Revue de chirur. Mai 1912, p. 711.

DESCOMPS. — **Epiploïte et péricolite.** Rev. de chirur. 1916, p. 109.

DESCOMPS et TWINESCO. — **Les vaisseaux lymphatiques du gros intestin et leurs ganglions.** Bulletin et mémoires. Société de chirurgie. 1922, t. XLVIII, n° 32, p. 1345.

DESCOMPS et DUCASTAING. — **Les angles coliques.** Revue de chirurgie. 1922, p. 311.

DESCOMPS. — **Troubles du transit digestif abdominal et syndromes associés. Perivisceritès et prédispositions anatomiques.** Revue médicale française. Mai 1927.

DESCOMPS. — **Le syndrome abdominal folliculaire et son traitement.** Le Monde Médical, 15 juillet 1927.

DESGEORGES. — **De l'auto-intoxication intestinale chronique.** Revue de médecine 1927, p. 163.

DESMARET. — **Importance de la vascularisation des bouts intestinaux après les gastrectomies et les colectomies ; procédé de la recoupe et de la suture à la lumière ouverte.** Presse médicale, 1923, p. 69.

DESMARET et MERCIER. — **Vingt cas de résection du côlon droit pour stase caecale.** Presse médicale, novembre 1924, n° 94, p. 225.

DREVERMAN. — **Sur la péricolite.** Medizi. Klinik, 24 décembre 1926.

DUCATTE. — **Les ptoses du gros intestin et leur complications chirurgicales.** Thèse Paris, 1899.

DUVAL. — **A propos de la péricolite membraneuse.** Archives des maladies de l'appareil digestif. 1910.

DUVAL. — **Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la stase colique par altération du côlon droit.** Bull. et mé. Soc. de Chir. de Paris, p. 303, 355, 381, 414, 454.

DUVAL et J. C. ROUX. — **Les altérations du côlon droit et la constipation caecale : les indications du traitement chirurgical et ses résultats.** Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrit. 1914, p. 307, 337, tome VIII.

La stase stercorale caeco-ascendante et son traitement chirurgical. Arch. des mal. de l'app. digest. Paris 1919, p. 705.

DUVAL et GRÉGOIRE. — **Technique de la fixation du côlon droit.** Presse médicale, 23 mars 1921.

DUPUY DE FRENELLE. — **Membrane de Jackson. Appendicite et périty phlite.** Jour. de Méd. de Paris, 28 Avril 1927.

XXXVI^e Congrès Francais de Chirurgie.

DUROSELLE. — **Péricolites et appendicite chronique.** Thèse Paris, 1919.

DURAND G. — **Le syndrome douloureux des trois carrefours.** Le bulletin médical, 1927, p. 109.

EASTMAN. — **Membranes péritonéales foetales de Jonnesco, Trèves et Reid ; relations probables avec les membranes de Jackson et la coudure de Lane.** Sur. Gyn. Obst., avril 1913, vol. XVI, n° 4.

EASTMAN et COLE. — **Pericolitis sinistra.** Ann. of. Surg. 1914.

EASTMAN (J. R.). — **Les replis péritonéaux fœtaux et leurs rapports avec les occlusions chroniques et aigues de l'intestin grèle et du gros intestin.** Jour. of. Amer. Med. Assoc. 30 août 1913, n° 9, p. 635.

EISENDRATH and SCHNOOR. — **The signification of the Jackson veil.** Ann. of Surg., novembre 1914.

ENRIQUEZ. — **Séquelles de l'appendicectomie.** Académie de médecine, 16 mars 1920.

FAROY, BAUMAN et LEMAIRE. — **Complications de l'appendicite.** Jour. Med. Fran. Avril 1924, n° 4.

FAURE (J. L.). — **Pourquoi l'appendicite chronique doit être opérée.** Presse Médicale, 19 novembre 1924, n° 93.

FISCHLER (F.). — **Ueber die Typhlatomie.** Munch. med. Wochen. 1911.

FELDMAN. — **Diagnostic et traitement des adhérences post-opératoires par pneumo-péritoine.** Zentralblätt für chirurgie. 1922, t. XLVI.

FLANDRIN. — **Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie.** Thèse Paris, 1922.

FLINT (M.). — **Embryonic bands and membranes about the caecum.** John Hopkins hospital reports, 1912.

FOUCAULT. — **Occlusions intestinales et coudures iléales.** Thèse Paris, 1924.

FRAIKIN. — **Traitement des états douloureux du ventre par la diathermie.** Paris medical, 24 juillet 1926.

FRIEDEL. — (V. Carnot).

GAEHLINGER et BECART. — **Le traitement médical des adhérences.** La Science Médicale pratique, 1927, p. 164.

GAETANO (de). — **Recherches sur le foetus pour l'interprétation pathogénique des déformations congénitales du côlon ascendant déterminées par la membrane de Jackson.** La riforma medica, 8 octobre 1921, n° 41, p. 962.

GOYENA. — **Hernie de la ligne semi-lunaire de Spiegel. Péricolite adhésive.** La Semana medica, 18 novembre 1926.

GRAY et ANDERSON. — **Developemental adhesions affecting the lower end of the ileum and colon.** Aberdeen University Press, 1912.

GRÉGOIRE. — **Péricolite membraneuses et appendicite chronique.** Arch. mal. app. digest. et nutrition, t. X. 1919.

La dilatation douloureuse du côlon droit. Résultats et traitement dical, 1922, XII, p. 68.

La dilatation douloureuse du côlon droit et son traitement. Paris **chirurgical.** Soc. de Gastro-entérolo. de Paris, 16 Août 1923.

GUENAUX et VASSEL. — **Aspects lacunaires de la région iléo-caecale dans les péricolites d'origine appendiculaire.** Soc. Fran. d'électro. et de radiologie, 24 mars 1925, et la Presse Médicale, 8 avril 1925.

GUILLAUME (A. G.). — **Les colotyphlytes et le syndrome de la fosse iliaque droite.** Paris, 1924. 1 vol. (Doin).

GUY-LAROCHE — **Les formes urinaires de l'appendicite chronique.** Paris Médical, 2 Août 1924.

HADGÈS. — **La stase intestinale chronique. Presse médicale,** 4 août 1920.

HALLER. — **L'épilcïte chronique en rapport avec la colite et l'appendicite chronique.** Thèse Paris, 1912.

HAZEN. — **Case report of girl of nine with intestinal stasis.** Woman's med. Jour. Cincinnati. 1917, CLXXVI, p. 266.

HARVEY (S. C.). — **Congenital variations in the peritoneal relations of the ascending colon, caecum and terminal ileum.** Proceeding of the New-York pathological Society. February 1914.

HEITZ-BOYER. — **Le syndrome entéro-rénal.** Journal Médical Français, 1912.

HERSHELL. — **Des adhérences perigastriques et de leur traitement par la fibrolysine.** Presse médicale, 4 janvier 1908.

HIRZBERG. — **Stase intestinale chronique.** Thèse Paris, 1920.

HOFMEISTER. — **Ueber typlecasie chronische Perityplhitis.** Beiträge zür klinische, 1911, t. XXI.

ILLOWAJ. — **Ileocolostomie and exclusion in the dilatation of the caecum and the colon.** New-York Med. jour., 1921, CXIII.

ISAACS. — **Peri-enterite membraneuse.** New-York Med. jour., octobre 1912.

JACKSON (J. N.). — **Membranous pericolitis and allied conditions of the ileo-caecal region.** Annals of surgery n° 3. Mars 1913.

JORDAN. — **Radiographic demonstration of lane's kink.** The Practitionner, 1911.

Intestinal stasis. The practitionner. Février 1913.

JOULIA. — **Radiologie des periviscerites.** Jour. Med. Fran., t. XV, février 1926.

KAREWSKI. — Société de Médecine de Berlin. Mars 1905.

KELLOG (E. et A.). — **Sur les périduodénites.** Annals of surgery. 1921, p. 578.

KELLOG (J. H.). — **Surgery of the ileo-caecal valve.** 13 novembre 1913, p. 363.

Incompetency of the ileo-caecal valve Vs Lane's kink as the cause of ileal stasis. Medical record, 1917, t. XXVII, p. 102.

KEMP (A. COLEMAN). — **Adhérences et coudures intestinales résultant de l'entéroptose. Leur rapport avec la constipation opiniâtre.** New-York medical Journal, n° 15, p. 713.

KLOSE. — **Le caecum mobile. Anatomie et clinique.** Beitrage zür klinichen, t. LXII, 3 juin 1909, p. 740.

Das mobile zökum mit semen folgenzustanden und die chirurgie. Behandl. ptotischer Erkand des Magendarmkanals. Beitrage zur klinischen chir. 1911.

LANE. — Consulter pour la bibliographie jusqu'en 1919 la thèse de Lefebvre. Toulouse, 1919.

The obstruction of the ileum which develop in chronic intestinal stasis. Lancet, 1919.

LARDENNOIS (G.). — **Les ptoses du caecum.** Société Anato., 6 mai 1910. Presse médicale, 1910.

La stase côlique par déformation des côlons. La typhlectasie symptomatique. Presse médicale, 1913.

Les colites (traitement chirurgical), in-vol. (Carnot). Les colites, 1923.

Les périviscérites adhésives de l'abdomen. Jour. médi. Fran. Tome XV, Février 1926

Les péricolites chroniques. Rapport au XXXVI[e] Congrès Français de chirurgie.

LARDENNOIS ET OKINCZYC. — **Etude sur les hernies du gros intestin** (Masson, 1910).

La typlo-sigmoïdostomie en Y. Jour. de Chirur., mai 1913.

LEFÈBVRE. — **Chirurgie de la constipation.** Thèse Toulouse, 1919.

Du traitement chirurgical de la stase intestinale chronique par la caeco-sigmoïdostomie. Presse médicale, 1913, n° 16.

LEJARS. — **La coudure de Lane et la membrane de Jackson.** La Semaine médicale, 1911, n° 49, p. 581.

LENORMANT. — **Le volume du caecum.** XXIII[e] Congrès Français de chirurgie (1910).

La péricolite membraneuse. Presse médicale, 1913.

LENORMANT ET OBERLIN. — **Péritonite plastique adhésive de la fosse iliaque droite.** Revue de Gynécologie et de Chirur. abdomin. Sept. 1913.

LENTHAL CHEATLE. — **Formations naturelles des adhérences acquises.** Lancet, 30 octobre 1926.

LEO (G.). — **Occlusion intestinale par membrane péricolite.** Paris chirurgical, 1921.

Quelques remarques sur la stase intestinale colique. Paris chirurgical, 1922, XIV, p. 92.

LEVEUF. — **La péricolite membraneuse,** thèse Nancy, 1914.

Le diverticule droit chez le nouveau-né et ses reliquats chez l'adulte. Revue de chirur. 1914.

Voile membraneux péricolique et adhérences appendiculaire. Soc. anato., 1914.

LIBAGUE. — **Sur le moyen de prévenir les adhérences. Recherches expérimentales ;** Clinica chirurgica, 30 novembre 1911, n° 9.

LICHTY. — **Appendicite chronique.** Jou. of. Ameri. medi. Associ. 1922

LOEPER — **Les péricolites des côlons et du transverse.** Leçons de pathologie digestive, Masson, 1911.

LOWER ET JONE. — **Chirurgie de l'appendice.** Jour. of Ameri. medi. associa., 1913.

MACEWEN. — **Les fonctions de l'appendice et du caecum.** Canadian practitionner and rewiew 1905.

MARCEAU. — **Occlusion intestinale aigue par péri-entérocolite adhésive.** Thèse, Paris, 1927.

MARRE. — **Les réactions générales d'origine colique.** Thèse, Paris, 1910.

MARTEL (de) et ANTOINE. — **Les fausses appendicites.** 1 vol. Masson, 1922.

MARTIN (F. H.). — **The significance of the Lane's Kink of the ileum.** Surg. Gyne. Obstetrics, Avril 1911.

MARTIN. — **Des adhérences post-opératoires.** Münchener Medi. Wochen. 1922, n° 9, p. 299.

MASCARENAS. — **Greffes chez un malade porteur de péricolite.** Soc. de Chirurgie, Février 1923.

MAUCLAIRE. — **Péricolite membraneuse.** Progrès médical, 1913.

Diagnostic et traitement de la péricolite membraneuse. Bulletin médical, 13 avril 1918.

MAYO. — **Intestinal obstruction due to kink and adhesion of the terminal ileum.** Sur. Gyne. Obste. mars 1911, n° 3, p. 227.

MERCIER (O.). — **Etude du syndrome douloureux du côlon proximal.** Thèse, Paris, 1924.

MIGAKE. — **Sur un nouveau remède, le koktol destiné à prévenir les adhérences péritonéales.** Zentrablatt für chirurgie 30 septembre 1922, n° 39.

MARTIN DU PAN. — **XXXVI^e Congrès Français de Chirurgie.**

MASMONTEIL. — **XXXVI^e Congrès Français de Chirurgie.**

MOLLISSON (W. C.) et CAMERON (H. C.). — **Guy's hospital.** Reports 1908.

MORLEY. — **Clinical manifestations of the mobile proximal colon.** British medical journal, 9 octobre 1920.

MORT SPENCER. — **Kniking and preicolitis condensation obstruction in relation to.** British medical journal 1914, p. 852.

MOYNIHAN. — **Pericolitis.** Edimbourg medical journal 1907.

MUTEL et FOURCHE. — **Le pli pariéto colique (membrane de Jackson).** Revue de chirurgie 1922, n°s 8 et 9, p. 509.

NOVAH. — **Adhérences péritonéales,** Urener, Klinische, Woschencrift. 10 juillet. 1912.

OKINCZYC. — **V. Lardennois.**

Appendicite chronique et stase intestinale. Pratique médicale, mai 1924.

Chirurgie du gros intestin. Presse médicale, novembre 1919.

OUDARD et JEAN G. — **Péricolite inflammatoire avec stase à symptômes frustes et cirrhse atrophique concomitante.** Bull. et Mem. de la Soc. anat. de Paris. Décembre 1922.

PAUCHET. — **Maladie de Lane.** Journal de médecine de Paris, 1920, XXXIV, p. 462.

Maladie de Lane ou stase intestinale chronique. Bull. Médi. Paris, 1921, XXXV, p. 509.

Maladie de Lane. Soc. des chirur. de Paris, 16 mars 1923, nº 3.

Les adhérences péritonéales, comment les guérir ? Jour. de Médecine de Paris, 28 avril 1927. La S. I. C. Paris chirurgical, avril 1923.

Les périviscérites adhésives. Gazette des hôpitaux, 13 juin 1927.

XXXVIe Congrès Français de Chirurgie.

PAYR. — **Prophylaxie des adhérences péritonéales par électro-aimentation.** Munch. medi. Wochen, nov. 1913.

Prophylaxie et libération des adhérences. Zentrablatt fürchirurgie, 1922, nº 1 p. 2.

PICOT. — **Contribution à l'étude des adhérences post-opératoires.** Thèse, Bordeaux, 1924.

PILCHER. — **Pericolic membranes.** Annals of Surgery, 1912.

A further contribution to the study of pericolic membrane films and bands. Annals of surgery, janvier 1914.

POPE. — **Prevention of adhesions in peritoneal cavity.** Annals of surgery, 1917, p. 205.

POTHERAT. — **De la péricolite adhésive sténosante.** Soc. de chirur. 20 juin 1906.

POULIOT. — **Affections gynécologiques facteurs de péricolite.** Jour. Méd. Fran., t. XV, février 1926.

PRINGLE. — **Sur la stase intestinale chronique.** The British Medical Journal, 24 janvier 1914.

PRON. — **Palpation du caecum et sa valeur séméiologique.** Bull. Acad. de Méde. de Paris, 1918, LXXIX, p. 119.

RENAUD (D.). — **Contribution à l'étude des syndromes douloureux de la fosse lilaque droite.** Thèse, Paris, 1923.

REY. — **Appendicite chronique avec caecum mobile et brides congénitales.** Socié. de scie. médi. de Lyon, 1912.

REZANOFF. — **Formations membraneuses de la région du segment proximal du gros intestin. Le ligament varioforme.** Presse médicale, 27 décembre 1913.

RICHARDSON. — **Etude sur les adhérences et contribution au traitement de la dénudation intestinale.** Annals of Surgery. Déc. 1911.

RIEDER. — **Zur roentgen untersuchung desfortsatzes besonders bei appendizitis.** Munche. medica. Wochen, 1914.

ROBINEAU. — **Les médications opératoires dans la stase intestinale chronique.** Bull. Médic, n° 18, 1923.

ROLLESTON. — **Pericolitis.** Lancet, 1905.

ROSS. — **Abdominals adhesion and bands.** Amer. jour. of Ameri. Associ. 1917, p. 261.

ROUX (J. C.). — **Constipation caecale entretenue par des adhérences au niveau de l'angle droit du côlon.** Archi. des Malad. du Tube Diges. 5 mai 1910.

La constipation caecale et son traitement. Jour. de Méd. et du chiru. prati. 25 déc. 1918.

(**V. Duval**).

SAVIGNAC et MATHIEU DE FOSSEY. — **Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans les entéro-colites chroniques.** Soc. Médic. des Hôpitaux, 11 mai 1923.

SAVY. — **Fausses affections viscérales par péritonites adhésives primitives.** Journ. de Méd. de Lyon, 20 juillet 1922.

SEAMAN (W.). — **Les brides membraneuses de la région hypochondrale droite.** Médical record 1920, n° 2579, p. 593.

SEIFFERT (J. E.). — **Pericolitis membranacea.** Arch. fur Klinik chirur. 1922, p. 68.

SILHOL. — **Rapport sur l'appendicite chronique.** XXIV[e] Congrès Français de chirurgie. Octo. 1911.

Rapport sur les épiploïtes chroniques. XXXVI[e] Congrès Français de chirurgie. Octobre 1927.

SORREL. — **La stase intestinale chronique.** Thèse, Paris, 1914.

SOUPAULT. — **Les périduodénites et leur traitement.** Jour. Médic. Français, t. XV, février 1926.

STARR. — **The surgery of the right bowel.** Surg. Gyne. Obstc. 1922, t. XXXIV, p. 547.

STIERLIN. — **Uber constipation von ascendens Typus.** Munch. Medizi. Wochen. Sept. 1911.

STRAUSS. — **Value of sodium citrate in the prevention of peritoneal adhesions.** Surg. Gyneco. Obstet. 1916, p. 602.

SUMMERS (J. E.). — **Problèmes chirurgicaux considérés au point de vue anatomique.** Jour. of Ameri. Med. Assoc. 30 avril 1913.

TAKASHI KUBOTA. — **Etudes expérimentales sur la prévention des adhérences.** The Japan medical world 15 août 1922, p. 226.

TAVEL. — **Péricolites cicatricielles post-opératoires.** Congrès Français de chirurgie, 1903.

THEVENARD. — **Obstruction intestinale chronique causée par une mobilité anormale du côlon droit, coudure secondaire.** Soc. des Chirurg. de Paris, 4 mai 1923.

TREMOLIERES et OLIVIER. — **Les périviscérites digestives adhésives.** Jour. med. Fran. t. XV, février 1926.

TUFFIER et AUBOURG. — **Exploration radiologique par le lavement bismuthé.** Société de Chirur. 22 mars 1911.

VALVORTA. — **Recherches sur la région caeco-appendiculaire chez le fœtus et le nouveau-né.** Observations anatomiques et cliniques. **Recherches portant sur 124 fœtus de 6 à 9 mois et sur de nombreux embryons.** Archives des maladies du tube digestif, 1919, t. X, n° 10.

WALSHAM OYEREND. — **On the movements of the colon.** Archivs of Radiology and Electrotherapy, Janvier 1916.

WALTHER. — Pour la bibliographie complète consulter les thèses de Haller et Duroselle :

Appendicite et épiploïtes. Brides du côlon ascendant. Troubles digestifs et appendicite chronique. Infection et épiploïte. Diagnostic des adhérences par la radiographie. Société de Chirurgie 1898, 1900, 1902, 1904, 1905, 1907, 1910, 1911, 1912, 1910.

WALTHER. — **Epiploïtes chroniques.** Journ. de Méd. et de Chirur. pratique, 10 mars 1927.

WAUGH. — **Les conséquences pathologiques d'un caecum et d'un côlon ascendant mobile, avec une statistique de 180 cas.** British Jour. of Surge, n° 27, juin 1920.

WILLIAMS (J.) et STATER. — **Examen de 500 appendices au cours de laparotomies, sans signes cliniques.** Annals of Surgery. Nov. 1919.

YEOMANS (F. C.). — **Conservative surgery of chronic intestinal stasis.** Medical record New-York 1917, XCII, p. 1010. New-York state. J. M. 1918, XVIII, p. 375.

ZOFFAGUINI. — **Syndrome occlusif périodique par membrane de Jackson.** La Riforma médica, Février 1925.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 1

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE 5

ETIOLOGIE 11

ANATOMIE PATHOLOGIQUE 13
1) Formations péricoliques du type Jackson 14
2) Les formations péri-typhlocolitiques 23
3) Les brides iléales de Lane 31
4) La Péri-iléite terminale.. 35

PATHOGÉNIE 41
Théorie congénitale 42
Théorie mécanique 45
Théorie inflammatoire 46
Théorie mixte 50
Causes toxiques 51

ROLE PATHOGÈNE.. 53

ETUDE CLINIQUE 60

EVOLUTION — COMPLICATIONS 69
Complications mécaniques 69
Complications toxi-infectieuses.. 72

FORMES CLINIQUES 79
Forme suivant le caractère anatomique 79
Forme suivant le siège.. 80
Forme symptômatique 82
Forme évolutive 83
Formes associées.. 83
Forme suivant l'âge 84
Formes cardio-vasculaires et respiratoires 76
Formes nerveuses 77

DIAGNOSTIC.. 85
Diagnostic positif 85
Diagnostic différentiel 90
Diagnostic étiologique 96
Diagnostic d'opérabilité.. 97

LES PERI-ILEOCOLITES POST-OPERATOIRES 99
Etiologie 100
Anatomie pathologique.. 104
Pathogénie et rôle pathogène 108
Etude clinique 110
Formes cliniques.. 112
Diagnostic.. 114

TRAITEMENTS 117
TRAITEMENT PRÉVENTIF DES PÉRICOLIQUES 117
TRAITEMENT CURATIF 119
Traitement médical.. 119
Traitement chirurgical 122
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES 122
VOIES D'ABORD.. 125
TRAITEMENT DES ADHÉRENCES POST-OPÉRATOIRES DU CARREFOUR INFÉRIEUR DROIT.. 140
Traitement prophylactique.
Traitement curatif.

INDICATION THERAPEUTIQUE 142

TRAITEMENT DES ADHÉRENCES POST-OPÉRATOIRES 143
Traitement prophylactique 143
Traitement curatif 149

CONCLUSIONS 153

OBSERVATIONS.. 157
Groupe I.. 160
Groupe II.. 171
Groupe III.. 180
Groupe IV.. 182

BIBLIOGRAPHIE.. 189

Imprimerie spéciale de la Librairie Maloine.